

4. desember 2015, 23. årgang

Helserådet

Nytt om samfunnsmedisin og folkehelsearbeid

- Komplette innholdsfortegnelse
s. 2 - 3
- Forholdet mellom de yrkes- og miljømedisinske avdelingene og kommunenes behov for miljømedisinsk ekspertise
s. 4
- Ringerike kommune: Strategi for universell utforming
s. 9
- Einar Braatens blogg: om å være samfunnsmedisiner
s. 13
- Kuma sprer seg blant studenter i flere norske byer
s. 17
- Pest eller kolera – hva er verst?
s. 20
- Yrkesvaksinasjon for ansatte ved asylmottak
s. 42



Helserådet

INNHold NR. 21/15

Strålevernet oppfordrer til radonmåling hjemme	4
Forholdet mellom de yrkes- og miljømedisinske avdelingene og kommunenes behov for miljømedisinsk ekspertise	4
Riksrevisjonen: For dårlig luft i norske byer	6
Fra Helsedirektoratet: Miljørettet helsevern – virksomheter med kjøletårn og luftskrubbere – Utsatt frist for innhenting av vurdering fra akkreditert inspeksjonsorgan	7
Ringerike kommune: Strategi for universell utforming	9
Einar Braatens blogg: Jeg er samfunnsmedisiner og leder som vil lære mer	13
Orientering om MRSA på mange språk	14
Flyktninger og resistente mikrober	14
Ny kur mot multiresistente bakterier er ikke problemfri	16
Pesten har fulgt oss lenge	16
«Snille bakterier» kan hjelpe HIV-pasienter	16
Kusma sprer seg blant studenter i flere norske byer	17
Ni barn E. coli smittet i Orkdal	17
Fra danske Sundhedsstyrelsen: Forebyggelse af legionella i vandinstallasjoner	18
Et tragisk paradoks – økning i antall meslingetilfeller i Europa	18
Glemmer tuberkulose i kampen mot hiv	19
Kan redde barn frå hiv	19
Lager bedre vaksiner mot allergi og astma	19
Pest eller kolera – hva er verst?	20
Organisering av folkehelsearbeidet i Sverige	20
Vil at kommunene varsler om alvorlige hendelser i helsetjenesten	21
Nye epidemier – Helseministeren må legge frem en offensiv HelseOmsorg21-strategi	21
Lønnsomt med forebygging	22
Mye tarmkreft i Norge sammenlignet med andre land	22
Stillesitting er kanskje ikke så livsfarlig likevel	22
Vellykket å måle hjertehelse på apoteket	23
Effekt av det å være i arbeid på bruk av helsetjenester	23
-Nye helsekommuner må bli større	24
Vil gjøre «helsesøster» og «jordmor» kjønnsnøytrale	24
Eldre kan ha tygget seg til Alzheimer	25
Slik påvirker dårlig søvn kroppen din	25
Stadige forstyrrelser av søvnen irriterer	26
Det haster med å kartlegge flyktingers psykiske helse	26
Frykter for psykisk helse – ber politikere forby rusbusser	27
Legemidler til gravide i rusbehandling – hvordan går det med barna?	27
Fødelandet til mor er avgjørende for svangerskapet	28
En av tre kvinner var overvektig før graviditet	28
Fra danske Sundhedsstyrelsen: Håndtering af seksuelt overførbare infeksjoner	28
Enkel blodprøve av gravide kan avsløre flere syndromer	29
12 dør på jobb i bygg- og anlegg hvert år	29
Fra Skadeforebyggende forum: Velkommen til seminar	30
Hvordan er ledelse forbundet med sikkerhet på arbeidsplassen?	31
Kurs i aktuell arbeidsmedisin	32
Arbeidsrelatert eksponering for luftbåren forurensning offshore	32
Muggsoppartikler og helseeffekter	33
Effekt av primærforebyggende tiltak mot stress og belastninger for yrkesaktive	35
Kjøttprodukter kan være kreftfremkallende	35
Fett-kutt ikke den beste slankemetoden	36

forts. neste side

Rekord for grønnsakspising i Norge.....	36
Du spiser mer om du spiser i farta.....	36
Forskerne aner ikke om melk er usunt.....	37
Ble sunnere etter ni dager uten sukker	37
Kalsiumanbefalingene i Norge er trygge å følge	38
Fisk og skalldyr er den mest radioaktive maten.....	38
Derfor reduserer omega-3 risikoen for sykdom.....	39
Vestkantungdom har det best.....	39

NYTT FRA WWW.FHI.NO, FOLKEHELSEINSTITUTTET

Poliovaksine tilgjengelig igjen	40
Ingen tegn til sammenheng mellom HPV-vaksine og POTS eller CRPS	40
Oppdaterte råd om håndtering av kusmautbrudd.....	40
Yrkesvaksinasjon for ansatte ved asylmottak	42
Vaqta – nå tilgjengelig for både barn og voksne	42
Engerix B kun tilgjengelig i 1-pakning.....	43
Høst og vinter – høysesong for omgangssyke	43
Samtykke ved vaksinasjon av barn	44
Ny kortvarig leveringsstopp på Tetravac – bestilte doser restnoteres	44
En spesiell virusvariant dominerer i kusmautbruddet blant studenter	44
Vi bruker for mye antibiotika.....	45
Statusoppdatering: Ett år med rotavirusvaksine i barnevaksinasjonsprogrammet	46
Erstatning etter utvikling av multippel sklerose etter MMR-vaksine	48
Mange barn vaksineres unødvendig sent.....	49
Kampanje om hiv og hepatitt 2015 Risikoutsatte bør kjenne sin hiv- eller hepatittstatus	50
Utbrudd av kolera i Tanzania	51
Midlertidig forenkling av tuberkulose-screening av asylsøkere	52
Hjelpemiddel ved forskrivning av rifapentine for forebyggende behandling av latent tuberkulose	52
Nasjonale mål for vann og helse	53
Dødsårsaker for 2014: Kreft stabilt, demens øker	54
Fødselsstatistikk for 2014 publisert	56
Trening før graviditet kan forebygge bekkenleddsmerter.....	57
Skader i alkoholrus øker betydelig i julebordsesongen	58
Ny rapport: Samtaler med barn	60

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: Karin Møller er kommuneoverlege i Ringerike kommune. Se denne kommunens strategi for universell utforming, side 9.

Strålevernet oppfordrer til radonmåling hjemme (forskning.no 26.10.2015)

4

Hvert år dør rundt 300 nordmenn av lungekreft forårsaket av den radioaktive gassen radon. Likevel sier to av tre at de ikke har planer om å sjekke boligen for radonnivå. **NTB**

Vinter er sesong for å sjekke radon i boliger, og **Statens strålevern** (direkte klikkbar lenke) går aktivt inn for å få flere til å måle nivået hjemme. Flere lungekreftdødsfall er forårsaket av radon enn av passiv røyking. I en undersøkelse fra i fjor svarte 22 prosent at de hadde målt nivået i boligen, 11 prosent hadde planer om å måle, mens hele 65 prosent ikke hadde tenkt å sjekke radonnivået.

– Det har vært en økning i bevisstheten rundt radon, men det er absolutt mange flere som burde foreta en måling, sier seniorrådgiver Bård Olsen i Strålevernet til NTB.

På nettsidene til **Norges geologiske undersøkelse (NGU)** ligger det kart som viser hvor i Norge det er moderat, høy eller svært høy risiko for radon. Olsen påpeker at boliger i områder med lavest risiko også bør sjekkes:

– Vår generelle anbefaling er at alle bør måle hjemme, kanskje med unntak av dem som bor fra tredje etasje og høyere i boligblokker.

Se hele artikkelen fra forskning.no samt få tilgang til en del relatert materiale ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/helse-kjemi/2015/10/stralevernet-oppfordrer-til-radonmaling-hjemme>.

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2015-68. Stikkord: Radon. Lungekreft.

Forholdet mellom de yrkes- og miljømedisinske avdelingene og kommunenes behov for miljømedisinsk ekspertise

Red. innledning:

'Helserådet' nr. 19/15 (13. november) var et spesialnummer om forholdet mellom arbeidsmedisin og miljømedisin. Nummeret inneholdt bl. a. en artikkel med overskriften «Utvikling og status for de arbeidsmedisinske avdelingene i Norge». Et av delkapitlene kom fra Sverre Langgård som gjorde rede for samarbeidet yrkesmedisin/miljømedisin ved Yrkes- og miljømedisinsk avdeling ved Telemark Sentralsjukehus.

Etter at 'Helserådet' var sendt til trykking, har vi mottatt en utvidet artikkel fra Sverre Langgård med den overskriften som er presentert ovenfor. Selv om det kan være noe overlapping med Langgårds forrige artikkel, er innholdet her allikevel så interessant at jeg velger å ta det med i sin helhet. Mange takk til Sverre Langgård!

Sverre Langgård, Dr Med, M Sc Toxicol. Avdelingsoverlege ved yrkes- og miljømedisinsk avdeling, Telemark Sentralsjukehus 1977-1995 og 1995-2007 ved Senter for yrkes- og miljømedisin, Rikshospitalet.

De potensielt helseskadelige stoffene og substansene som mennesker kan eksponeres for henholdsvis i det ytre miljøet og i arbeid - er mer eller mindre de samme. Graden av eksponering er imidlertid som oftest høyere i arbeid enn i det ytre miljøet. Fordi stoffene og substansene som vi eksponeres for i disse to situasjonene er om lag de samme - krever bedømmelsen av farene og evt. sykdomsrisiko knyttet til eksponering for disse agens - den samme fagkompetansen for å forstå, bedømme fare og risiko for sykdom etter eksponering.

Denne forståelsen var den naturlige bakgrunnen for at jeg høsten 1977, da jeg ble leder for yrkes- og miljømedisinsk avdeling ved Telemark Sentralsjukehus (TSS), fant det helt naturlig at avdelingen burde bidra til å håndtere begge problemstillingene, både i klinisk arbeid og i forskning.

Det var derfor naturlig for Yrkes- og miljømedisinsk avdeling (YMA) i 1977-78 å bidra til å løse en miljømedisinsk problemstilling med et omfattende skadepotensial; nemlig muligheten av store utslipp av klogass fra Norsk Hydro, Herøya, der det hadde vært noen mindre utslipp av klogass. På den tiden var det årlig ganske mange innleggelsler med klogasskader ved sykehusene i Telemark. I et samarbeid mellom YMA, sivilforsvaret, og indremedisinsk avdeling ved TSS - utarbeidet vi derfor en beredskapsplan som kunne dekke store deler av den lokale befolkningen i tilfelle uforutsette utslipp av klogass fra bedriften. Programmet bidro trolig betydelig til at klogass-skadene ved fabrikkens raskt ble sterkt redusert i hyppighet. Dette var det første ganske omfattende miljømedisinske programmet som YMA var involvert i.

YMA fikk fra indremedisinsk avdeling i Porsgrunn «donert» en liten genetisk laboratorieenhet. Denne lille gruppen ved YMA ble - i årene fra 1977-78- og utover - betydelig involvert i miljømedisinske problemstillinger knyttet til mulige skader av miljøforurensninger hos ufødte barn, noe som etter hvert førte til flere vitenskapelige publikasjoner (1,2,3). Ettersom tjenesteyting i miljømedisinske spørsmål overfor kommuner og andre som har behov for slike tjenester var/er en naturlig del av YMA's daglige virke, er nødvendigvis forskning innen dette fagfeltet en naturlig del av virksomheten, ikke minst for å opprettholde og videreutvikle kunnskapsgenereringen innen fagfeltet.

Avdelingen (YMA) var etter hvert engasjert i mange miljømedisinske problemstillinger, bl.a. knyttet til i samarbeid med høyskolen i Bø, Ingeniørhøyskolen i Telemark og i utarbeiding av Miljøleksikon (4) og utvikling av miljømedisin (5), miljømedisinske problemstillinger knyttet til anvendelse av plantevernmidler ved mangeårig deltakelse i Landbruksdepartementets giftnemd (som regulerte bruken av plantevernmidler). Ved YMA gjorde vi også et forsøk på å beregne hvor stor andel av miljøbetinget cancer i Norge kan forebygges (6) og forsøkte utvikling av en egen forebyggingsmetode for miljø- or arbeidsrelaterte sykdommer gjennom identifisering og bruk av den enkeltes sykdomsrisiko som utgangs-punkt for prioritering av forebygging (7,8), og utvikling av strategi for forebygging i de enkelte fylker (9).

Avdelingen var involvert i et betydelig antall saker knyttet til mulig overfølsomhet for insektsmiddel / plantevernmiddel - spesielt ved bruk av slike middel for i bekjempelse av insekter i bolighus. YMA var også sterkt involvert i en sak der bekjempelesmiddel i bolighus ført til at et barn døde (10). YMA var også betydelig involvert i spørsmålet om evt. opprensning av gamle utslipp av kvikksølv (Hg) i en mindre fjord i Nedre Telemark. Etter en grundig gjennomgang av konsekvenser av evt. oppgraving og forflytting av gammel bunnmasse, var avdelingens klare råd å dekke til fjordbunnområdet som var forurenset.

Tidlig i 1980-årene gjennomførte YMA en studie av helseskader/cancer blant tidligere arbeidere i niobgruva i den gamle Fensvulkanen ved Ulefoss, der det ble avdekket ganske dramatiske resultat når det gjaldt hyppighet av cancer hos arbeiderne (11). Ettersom Fensvulkanen har avrenningsområder som rekker inn i flere kommuner i nedre Telemark, der radioaktiviteten i grunnen kan være ganske høy, ble YMA naturlig nok involvert ganske sterkt da noen av disse kommunene planla boligutbygging på noen av de kollene/åsene som var avrenningsområder fra vulkanen, og der YMA viste at det måtte bli et problem med radon i hus som skulle bygges på disse åsene. Denne informasjonen ble formidlet til de aktuelle kommunene, slik at kommunene kunne planlegge og gjennomføre nødvendige forebyggende tiltak. Folkehelseinstituttet og Norsk institutt for luftforurensning gjennomførte gjennom flere år i 1980 en omfattende studie av mulige skadevirkninger av luftforurensninger i Telemark. YMA var sterkt involvert i denne studien. YMA var også sterkt involvert i det omfattende NO₂-utslippet fra Langøya ved Holmestrand den 26.04.1993.

Telefonrådgivning: I 1980-årene var YMA ved TSS den eneste kliniske avdelingen i landet, og hadde daglig henvendelser fra kommuner, kommuneleger og enkeltpersoner fra hele landet, spesielt når det gjaldt mulige skadevirkninger av plantevernmiddel og insektmidler brukt i bolighus. Mulige skadevirkninger av radon/radon døtre i boliger var også en problemstilling som avdelingen hadde et stort antall henvendelser om fra kommuner/leger.

Ved etableringen av *Senter for yrkes- og miljømedisin* (SYM) ved Rikshospitalet var det naturlig å fortsette med å forsøke å bidra til å forebygge sykdommer relatert både til arbeid og til eksponering fra det ytre miljøet. Tilgangen til forskningsmidler innen miljømedisin var i mellomtiden blitt noe vanskeligere - og faste stillinger ble av sparegrunner holdt langt lavere enn det som var forutsetningen ved etablering av avdelingen. Selv med lite tilgang til ressurser, kom likevel SYM i gnag med en del arbeid innen miljømedisin.

SYM engasjerte seg bl.a. i forsøk på å få fjernet kjemiske våpen fra to av arsenalene i Russland, begge lokalisert i republikken Udmurtia vest for Ural; lokalisasjonene var Kizner og Kambarka. Avdelingen opprettholdt i 5-6 år et løpende samarbeid om dette med søster-instituttet i Izevsk - hovedbyen i Udmurtia (12,13). Avdelingen engasjerte seg også betydelig i de mulige skadevirkningene av forurensning og trafikkstøv i Oslo kommune, et arbeid som til slutt endte med at Stortinget gjorde om regelverket om hastighetsrestriksjoner på de større hovedveiene i Oslo (14), videre ble avdelingen engasjert av Verdens Helseorganisasjon i utarbeiding av luftkvalitetskriterier for Europa (15). Det var særlig avdelingens yrkeshygieniker som var engasjert i spørsmålene rundt luftforurensning langs hovedveiene i Oslo. I samarbeid med kollegaer i USA engasjerte SYM seg også andre skadelige luftforurensning, spesielt om benzen i byluft kan føre til elevert hyppighet av visse kreftformer - spesielt hos barn (16).

Bruk av plantevernmiddel og evt. skadevirkninger av slike, forble et interessefelt for SYM også og avdelingen tok imot flere pasienter fra hele landet der det var spørsmål om lavgradig eksponering for slike middel anvendt i insektbekjempelse i hus - kunne ha ført til skader.

Sluttkommentar: Internasjonalt er det gjerne én og samme faginstans som opprettholder høy faglig kompetanse innenfor både potensiell skadegivende eksponering i arbeid og fra det ytre miljøet. Det synes ikke å være noen grunn til at Norge skal avvike fra dette logiske mønsteret. I de kommende 10-årene kan det se ut til at det arbeidet som har vært gjort i Norge over de siste 40-50 årene - med kunnskapsbaserte tiltak for å forebygge arbeidsrelaterte sykdommer - vil virke, mens det er tegn på at eksponering fra omgivelsene, som berører mange flere mennesker i Norge - om enn ved generelt lavere grad av eksponering, vil komme til å kreve mer fagkompetanse enn hva som har vært tilfelle i de foregående 10-årene.

Publikasjoner:

1. Hansteen IL, Varslot K, Steen-Johnsen J, Langård S. Cytogenetic screening of a new-born population. *Clinical genetics* 1982;21:309-14.
2. Hansteen IL, Heldaas SS, Langård S, Steen-Johnsen J, Christensen A, Heldaas K. Surveillance of pregnancies as a means of detecting environmental and occupational hazards. I. Spontaneous abortions, constitutional malformations and cytogenetic abnormalities in a newborn population. *Hereditas* 1987;107:197-203.
3. Hansteen IL, Christophersen N, Langård S. Surveillance of pregnancies as a mean of detecting environmental and occupational hazards. II. Growth criteria including birth weight, length and head circumference in a newborn population. *Hereditas* 1987;107:205-11.
4. Miljøleksikon; energi, helse, natur, økologi. (Pleym H, ed.), NKI-forlaget, Oslo 1991. 258p. [Langård S; Bidrag innenfor yrkesmedisin og toksikologi].
5. Langård S. Miljømedisin - trusler og utfordringer; avklaring av fagfeltet i forhold til medisinen for øvrig. *Norsk tidsskr arb med* 1993;14:157-63.
6. Langård S. Hvor stor andel av miljøbetinget cancer i Norge kan forebygges? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1981;101:1602-6.
7. Langård S. En alternativ arbeidsmåte i forebyggende helsearbeid: Identifisering av sykdomsrisiko som utgangs-punkt for prioritering av forebyggelse. *Norsk Bedr.h.tj.* 1990;11:288-95.
8. Langård S. Identification and prevention of work- and environment-related individual *a priori* disease risks. In: *The Identification and Control of Environmental and Occupational Diseases. Part II.* (Mehlman MA, Upton A, eds). *Advances in Modern Environmental Toxicology* 1994;23:21-32.
9. Langård S, Reve T. Gjennomføring av forebyggende helsearbeid i fylkene. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1991;111:1517-20.

10. Langgård S, Rognum T, Fløtterød Ø, Skoug V. A fatal accident resulting from methyl bromide poisoning after fumigation of a neighboring house; leakage through sewage pipes. *Applied Toxicol* 1996;16:445-9.
11. Solli HM, Andersen Aa, Stranden E, Langgård S. Cancer incidence among workers exposed to radon and thoron daughters at a niobium mine. *Scand J Work Environ Health* 1985;11:7-13.
12. Zabrodine N, Churakov A, Bouchmakina I, Langgård S. Analysis of ecological risks within environmental monitoring system. NATO-Russia advanced research workshop, Ecological Risks Associated with the Destruction of Chemical Weapons, Lüneburg, Germany, 22-26 October, 2003. <http://ostpartnerschaften.uni-lueneburg.de/nato/> .
13. Churakov A, Zabrodine N, Bouchmakina I, Langgård S. Health state and hormone status of residents of Kizner settlement. NATO-Russia advanced research workshop, Ecological Risks Associated with the Destruction of Chemical Weapons, Lüneburg, Germany, 22-26 October, 2003. <http://ostpartnerschaften.uni-lueneburg.de/nato/> .
14. Haug T, Sørstrand P, Løvik M, Langgård S. The PM10 fraction - a mixture of assumptions. *Letter to the editor*. *The Lancet* 2001;357:70-71.
15. Langgård S. Working paper: Chromium, Chapter 6.4. In *Air Quality Guidelines for Europe*. 2nd Edition. WHO Regional Publications, European Series No. 91, 2001:139-42.
16. Johnson ES, Langgård S, Lin YS. A critique of benzene exposure in the general population. *Sci Total Environ* 2007;374:183-98.
- Referansekode i 'Helserådet': MHV 2015-69. Stikkord: Miljømedisinsk ekspertise. Langgård, Sverre.

.....

Fra www.kommunal-rapport.no 24.11.2015:

Riksrevisjonen: For dårlig luft i norske byer

I mange kommuner holder ikke luftkvaliteten mål, og både kommunale og sentrale myndigheter gjør for lite for å etterleve kravene. Det er alvorlig, mener Riksrevisjonen.

NTB

I en ny rapport om luftkvalitet fastslår Riksrevisjonen at i flere norske byer er nivåene av svevestøv og nitrogendioksid langt over det tillatte.

11 av 14 kommuner som overvåker svevestøvnivåene, er langt unna å nå det nasjonale målet, mens byene Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger og Drammen gjentatte ganger har overskredet grenseverdien for nitrogendioksid.

Luftforurensing

- * Et voksent menneske puster inn om lag 10.000 liter luft hvert døgn.
- * De viktigste kildene til luftforurensing er veitrafikk, boligoppvarming og industri.
- * Svevestøv og nitrogendioksid (NO₂) er de viktigste kildene til luftforurensing.
- * Også svoveldioksid, karbonmonoksid, benzen og ozon kan tidvis skape miljøproblemer enkelte steder.
- * I flere norske byer er nivåene av NO₂ høyere enn tillatt grenseverdi.
- * Langvarig eksponering for NO₂ kan føre til astma, bronkitt, nedsatt lungefunksjon og økt dødelighet.
- * En rekke befolkningsundersøkelser fra hele verden viser sammenheng mellom nivåer av svevestøv i uteluft og sykkelighet og dødelighet i befolkningen.
- * Forurensingen er verst i Norge om vinteren på grunn av vedfyring, bruk av piggdekk og høyere eksosutslipp fra kalde biler.

(Kilde: luftkvalitet.info) (©NTB)

Se hele artikkelen fra www.kommunal-rapport.no ved å gå inn på eller klikke på <http://kommunal-rapport.no/energi-og-miljo/2015/11/riksrevisjonen-darlig-luft-i-norske-byer> .

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2015-71. Stikkord: Luftforurensning.

.....

Landets kommuner og enhetene for
interkommunalt samarbeid og miljørettet helsevern

Deres ref.:
Vår ref.: 09/7924-74
Saksbehandler: Morten Frantze
Dato: 18.11.2015

Miljørettet helsevern - Virksomheter med kjøletårn og luftskrubbere - Utsatt frist for innhenting av vurdering fra akkreditert inspeksjonsorgan

Forskrift om miljørettet helsevern kap 3a inneholder bestemmelser for å sikre befolkningen mot spredning av Legionella via aerosol.¹ Vi viser til kort generell omtale i vårt brev 22.05.2015 til landets kommuner m.fl.

Virksomheter med kjøletårn og/eller luftskrubbere skal bl.a. fremlegge for kommunen vurdering av disse innretningene fra et akkreditert inspeksjonsorgan (§ 11c og § 11d). Denne ordningen ble fastsatt 2013 med frist for alt etablerte virksomheter 01.01.2016. Kommunen kunne etter søknad dispensere fra denne tidsfristen med inntil 6 måneder.

Fristen for virksomheter med kjøletårn og luftskrubbere til å fremlegge vurdering fra akkreditert inspeksjonsorgan for kommunen er nå utsatt til 01.01.2017. Kommunen kan etter søknad forlenge denne fristen, også utover 6 måneder. Dette følger av den nylig vedtatte endring av ovennevnte forskrift § 11c siste ledd. Endringen trådte i kraft 13.11.2015.

Inspeksjonsorganet som benyttes, må være akkreditert for inspeksjon av legionellutsatte innretninger.

Ved vurdering av søknader om utsatt frist utover 01.01.2017 skal kommunen legge vekt på om virksomheten har inngått forpliktende avtale med akkreditert inspeksjonsorgan som nevnt. Kommunens avgjørelser om utsatt frist vil være enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

¹ Forskrift 2003 nr. 486 om miljørettet helsevern hjemlet i folkehelseloven.

Norsk akkreditering (NA) behandler for tiden en søknad om akkreditering som inspeksjonsorgan for legionellautsatte innretninger. NAs hjemmeside <http://www.akkreditert.no> vil til enhver tid opplyse hvilke inspeksjonsorganer som er akkreditert av NA innenfor de ulike fagområder, herunder Legionella.

Virksomheter med kjøletårn og/eller luftskrubbere i Norge vil også kunne benytte inspeksjonsorgan med tilsvarende akkreditering innen EU-EØS for øvrig. Informasjon om dette vil bli formidlet via Nasjonalt folkehelseinstituttets hjemmesider (<http://www.fhi.no>) under tema Legionella.

Helsedirektoratet forutsetter at kommunen har oversikt over virksomheter med kjøletårn og luftskrubbere innenfor sitt geografiske område, jf. meldeplikten for disse etter forskriften § 11c. Vi ber derfor kommunene om å informere de aktuelle virksomhetene på hensiktsmessig måte.

Vennlig hilsen

Jakob Linhave e.f.

avdelingsdirektør

Morten Frantze
seniorrådgiver

Kopi:

Purenviro
Norsk Industri
Borregaard Industries Ltd
Norkjemi
Mitco
Unilabs Telelab
Statsbygg
Kystlab-PreBIO AS
Proactima
Nordox
Bedriftshelsen
Pentex
Statens helsetilsyn
KS (1)
Nasjonalt folkehelseinstitutt
Helse- og omsorgsdepartementet
Direktoratet for Arbeidstilsynet
Forum for miljø og helse
Landets fylkesmenn
Norsk akkreditering (1)

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2015-70. Stikkord: Legionella. Kjøletårn. Luftskrubbere.

Strategi for universell utforming

Av: Kommunoverlege Karin Møller og fagansvarlig for miljørettet helsevern Unni Suther, 30.10.2015



RINGERIKE
KOMMUNE



Fengselshaven i Hønefoss er på det nærmeste universelt utformet

Foto: Ringerike kommune

Ringerike kommune har tatt mål av seg å bli en spennende vekstkommune. Kommunen forventer befolkningsvekst som følge av planer for realisering av dobbeltsporet intercitybane Oslo - Sandvika - Hønefoss med intercitystasjon i Hønefoss (Bergensbanens forkortelse) og ny firefelts E16 Sandvika - Hønefoss. Begge tiltakene planlegges ferdigstilt i 2025. En ny byplan er under utvikling. Den vil omfatte nye sentrumsbarneskoler, boliger og forretning i bysentrum. For å imøtekomme utviklingen og ivareta de funksjonshemmedes kår i samfunnet har Ringerike kommune deltatt i nasjonalt nettverk for universell utforming i 2014- 2015.

Om prosjektet

Ringerike kommune har mottatt økonomisk støtte fra Kommunal- og moderniseringsdepartementets prosjekt fylkes- og kommune-rettede arbeid med universell utforming: «K2 Universell utforming mot nye høyder». Kommunens Rådgivingsgruppe for universell utforming ledet av fagansvarlig for miljørettet helsevern og med deltakelse fra planavdelingen, byggesakskontoret, ergoterapitjenesten, Råd for funksjonshemmede og kommuneoverlegen utviklet en kommunal strategi for universell utforming.

Ringerike kommunes prosjekt for universell utforming har bestått i å utvikle en strategi for universell utforming, kartlegge tilgjengeligheten til og i turområder i Hønefoss, involvere brukergrupper, frivillige lag og foreninger samt publisere resultatene.

Kommunens strategi for universell utforming er utviklet for å sikre at de sju prinsippene om universell utforming integreres i planleggingen i medhold av plan- og bygningsloven og integreres i arbeidet med



utvikling av virksomheter, bygg og anlegg beregnet for allmennhetens bruk. Strategien skal bidra til at byen, tettstedssentrene og tilhørende grøntareal får universell utforming integrert i løsningene.

Rådgivingsgruppen har i prosjektet prioritert brukermedvirkning. I de ulike prosjektdeler har frivillige lag, brukergrupper og organisasjoner vært involvert. Erfaringsmessig er løsninger tilpasset brukergrupper med begrenset funksjonsevne bedre for alle. Disse løsningene inkluderer alle og øker likeverdet mellom mennesker. Strategien legger opp til at medvirkning i utforming av planer og tiltak settes i system, styres og dokumenteres.

Strategien er utarbeidet i samsvar med bestemmelsene i Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven, Plan- og bygningsloven og Folkehelsesloven og er forankret i kommunens Samfunnsplan for 2015-2030 og i Folkehelsemeldingen for 2012-2030.

«Med universell utforming menes utforming eller tilrettelegging av hovedløsningen i de fysiske forholdene, inkludert informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT), slik at virksomhetens alminnelige funksjon kan benyttes av flest mulig.»

Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven

Strategien er utviklet for å bidra til at det nasjonale målet «Norge universelt utformet i 2025» oppfylles i Ringerike. Kommunens mål er

«Ringerike universelt utformet i 2025»

Kommunens strategi er utviklet av kommunens rådgivingsgruppe for universell utforming med representanter fra kommunens Råd for funksjonshemmede, planavdeling, byggesaks kontor, ergoterapitjenesten, kommuneoverlegen og miljørettet helsevern.

Strategien har fokus på hvordan vi kan arbeide for å sikre at universell utforming integreres i løsningene og ikke framstår som særskilte tiltak.

Innsatsområder:

Kommunen vil gjennom arbeid med planlegging, tilrettelegging, drift, vedlikehold og kontroll med omgivelsene, bygg og anlegg bidra til å framskaffe oversikt over tilgjengeligheten i byen og tettstedene, gjennom å:

- Kartlegge barrierer for universell utforming
- Undersøke alternative løsninger for tilgjengelighet
- Vurdere risiko og sårbarhet ved tiltak som ikke får optimal universell utforming
- Sørge for involvering av aktuelle brukergrupper
- Foreslå aktuelle løsninger for akseptabel tilgjengelighet
- Gjennomføre tiltak

Strategien angir krav til utredning av hvordan universell utforming skal ivaretas i alle planer som utarbeides i medhold av Plan- og bygningsloven. Utredningene skal omfatte risikoanalyse og en beskrivelse av konsekvensene dersom tilfredsstillende tilgjengelighet ikke oppnås. Dersom universell utforming ikke kan oppnås må forslagsstiller være forberedt på å utarbeide en handlingsplan for når tiltak kan iverksettes eller utrede hvorfor universell utforming ikke kan bli ivaretatt.

Strategien omfatter at forslagsstillerne må være forberedt på å utrede hvordan prinsippene for universell utforming skal imøtekommes for alle hovedgrupper av funksjonshemmede (se: Figur 1 Planleggingskriterier for universell utforming).



Figur 1 Planleggingskriterier for universell utforming

Verktøy for utredninger og risikoanalyser

Kommunens rådgivingsgruppe har utviklet hjelpeskjemaer i arbeidet med å sikre ivaretagelse av krav om universell utforming. Verktøyet er testet ut gjennom dialogmøter mellom byggesak, planavdelingen, ergoterapitjenesten og miljørettet helsevern. Det ene skjemaet er et skjema for risikoanalyse der de fem gruppene av funksjonshemmede vurderes i forhold til i hvilken grad de syv prinsippene for universell utforming vil bli oppfylt for hver av dem. Det andre er et skjema der grad av tilgjengeligheten for hver av de fem hovedgruppene av funksjonshemmede sammenlignes og i forhold til tekniske og økonomiske forhold. De parvise sammenstillingene skal avdekke hvilke områder det er behov for ytterligere oppfølging. Oppfølgingen kan bestå i å beskrive konsekvenser, utforme tiltaksplaner, foreta tilpasninger eller andre endringer. Hjelpeskjemaene er tatt inn i strategidokumentet.

Opplagg for medvirkning

I strategien forutsettes det at involvering av brukergrupper skjer tidlig i planprosesser for å få fram de ulike brukergruppene behov for tilrettelegging. Forslagsstiller må være forberedt på å angi hvilken arbeidsform brukermedvirkningen skal ha. Alle planer og søknader til kommunene som omfatter offentlig tilgjengelige bygg og anlegg, må kunne vedlegges et opplagg for medvirkning fra brukergrupper, barn og unge, samt dokumentasjon på at medvirkning har funnet sted. Dersom medvirkning ikke er gjennomførbart, må det kunne framlegges en begrunnelse for det.

Kartleggingen

Rådgivingsgruppen har foretatt kartlegging av tilgjengelige turområder i byen i samråd med de funksjonshemmedes råd, brukergrupper samt lokale lag og foreninger. Det er utarbeidet en rapport og kart over tilgjengeligheten til og i turområder i byen.

Publisering

Publisering inngår som en del av prosjektet. Rådgivingsgruppen har i den anledning oppdatert en internettside www.ringerike.kommune.no/uu og utviklet et uu-kort for utdeling til interesserte. UU-kortet har i tillegg til kommunens nettsadresse, følgende informasjon

Universell utforming

Utforming av omgivelsene slik at de kan brukes av flest mulig på en likeverdig måte

Aktivitet for alle

Resultater

Ringerike kommunes prosjekt for universell utforming med økonomisk støtte fra kommunal- og moderniseringsdepartementet og Statens kartverk har flere resultatområder:

1. Det er utviklet en strategi for universell utforming i Ringerike kommune. Strategien er utprøvd i dialogmøter i flere av kommunens tjenesteområder. Rådgivingsgruppen har gjennom utvikling av strategien tilegnet seg kompetanse på prosjektledelse, brukervedvirkning, strategiutvikling, utprøving og bruk av kvalitetsverktøy.
2. Kommunens dokument «Råd og tips til universell utforming i Ringerike, vedtatt av kommunestyret i 2012» er revidert. Råd og tips er beregnet for innbyggerne generelt og inngår som vedlegg i strategien.
3. Rådgivingsgruppen har kartlagt tilgjengeligheten til og i turområder i byen. Mye brukte turstier og turområdene langs elvene og fossen i sentrum er kartlagt. Tilgjengelighetskart for synshemmede, rullestolbrukere og brukere av elektrisk rullestol er utarbeidet. Beskrivelse av turområdet inngår i en tilgjengelighetsrapport.
4. Rådgivingsgruppen har gjennom kartleggingen tilegnet seg kompetanse på bruk av elektronisk kartleggingsverktøy. Planavdelingen, ergoterapitjenesten og miljørettet helsevern har implementert bruk av digitalt kartleggingsverktøy i tjenesten. Kartregistreringene implementeres som viktig verktøy i planleggingen og utvikling av områdene. Miljørettet helsevern arbeider med implementering av tilsynsverktøy som skal inkludere universell utforming.
5. Prosjektet har hatt fokus på publisering av rapporter og andre prosjektresultater. Kommunens internettside om universell utforming er forenklet og oppdatert. Det utgis et lite «huske-kort» (UU-kort) med henvisning til denne internettsiden. Miljørettet helsevern utgir ved prosjektets avslutning et eget nyhetsbrev om kommunens universell utformings prosjekt. Nyhetsbrevet publiseres på internett.
6. Kommunens rådgivingsgruppe for universell utforming er revitalisert gjennom prosjektet, og vil fortsette arbeidet i henhold til strategien slik at kommunens del av det nasjonale målet «Norge universelt utformet i 2025» oppfylles.

Konklusjon

Gjennom prosjektet har vi revitalisert vår rådgivingsgruppe for universell utforming og økt fokus på universell utforming og brukervedvirkning. Spesielt har det gitt motivasjon til og mulighet for få fokusere på kvalitetsarbeid, samhandling, publisering og utvikling av kartleggingsverktøy. Vi har utviklet og testet ut et kvalitetsverktøy for integrering av kravene til universell utforming i planene. Strategien skal bidra til å systematisere og øke kvaliteten på informasjon i søknader og forslag til planer for på den måten å framskaffe oversikt over tilgjengeligheten og behov for tiltak slik at kommunens på sikt kan etablere bedre tilgjengelighet i kommunesentra og byen.



Einar Braaten: *Kommunelegens blogg 22.11.2015:*

Jeg er samfunnsmedisiner og leder som vil lære mer.

(Red.: Denne overskriften er også direkte klikkbar og gir tilgang til flere andre av Einar Braatens blogger samt en del blogger og kommentarer fra andre)

Jeg er en leder. Som kommunelege, lege og spesialist i samfunnsmedisin og mener jeg at jeg har god kompetanse for å kunne lede andre. Jeg har tatt utdanning innen ledelse fra BI til Legeforeningens ledelseskurs. Jeg fnyser over alle «nye» moteretninger innen lederopplæring og mener New Public Management retningen i offentlig forvaltning er ødeleggende for drift og utvikling av tjenestene våre.

Jeg mener alle ledere i offentlig forvaltning (og ellers også!) må ha sine grunnleggende verdier på plass og fokusere på mestring både i hvordan man utfører sin egen lederjobb og overfor ansatte.

Nå går jeg på lederopplæring igjen. Dvs vi går på lederopplæring; lederne i Øvre Eiker er på samme opplæring sånn at vi alle får samme grunnlag for den lederjobben vi har i kommunen. Det er lærerikt, spennende, sosialt og gøy. Det er fokus på mestringsbasert ledelse: «De beste resultatene oppnås av ledere som satser på at medarbeiderne skal oppleve at de mestrer jobben godt, skriver Linda Lai» Følg linken hvis du vil se hvem Linda Lai er eller lese litt mer.

Det er også fokus på våre grunnleggende verdier både som enkeltmennesker og ledere.

Jeg mener oppdatering og kursing inne ledelse bør skje med jevne mellomrom. Det beste er å gjøre det sammen med de andre lederne i bedriften man jobber. Jeg er kjempeglad for at rådmannen i Øvre Eiker krever at vi ledere skal gjennom samme lederopplæring.

For meg er disse verdiene grunnleggende for meg i min jobb både som



Einar-øye: Verdiene mine er meg

leder og samfunnsmedisiner:

- Ærlighet
- Åpenhet
- Rettferdighet
- Likeverd
- Toleranse

Samtidig er jeg overbevist om at jeg gjør jobben min best hvis jeg føler at jeg mestrer den og at de jeg jobber sammen med kan føle det samme. [Heldigvis finnes det mye forskning som viser det.](#) (direkte klikkbar lenke).

Om jeg har «gehør for ledelse» eller er en god leder må jo andre vurdere. Jeg er uansett opptatt av at man må ha god kompetanse innen dette fagfeltet for å kunne gjøre sitt beste!

Jeg mener det samme om mitt fagfelt; legespesialiteten samfunnsmedisin. Det er en viktig videreutdanning for alle leger som skal jobbe i forvaltningen, kommune, statlige bedrifter og ikke minst i lederjobber! Sjøl er jeg godkjent med hovedvekten av mine kurs og teoriopplæring tilbake til begynnelsen av 1990 tallet! Når man er spesialist i samfunnsmedisin er man blitt det for resten av livet. Det mener jeg er problematisk i en jobb som hele tiden må følge utvikling i samfunnet vi lever i. **Jeg mener vi må ha en resertifisering av spesialiteten.** Skal vi få bruke vår kunnskap ute i samfunnet må de vi jobber for vite at vi hele tiden sørger for å oppdatere oss. Fagfeltet er voldsomt stort og det bør ikke være opp til den enkelte lege å bestemme alene innen hvilke områder han/hun oppdaterer seg. Det bør være et minste krav til hva man må ta opp for å få beholde spesialiteten og hvor ofte dette bør skje. [Norsk samfunnsmedisinsk forening \(NORSAM\)](#) (direkte klikkbar lenke) kjører kurs hvert år og har obligatoriske kurs for å kunne bli spesialist. Alle spesialister i samfunnsmedisin bør gjennom de samme kursene minst hvert åttende år, mener jeg. Dvs at man åtte år etter at man fikk spesialiteten igjen skal ha gått gjennom alle kursene man måtte gjennom for å bli spesialist. Det blir ca. ett obligatorisk kurs i året.

Sjøl om jeg mener at vi samfunnsmedisinere får god lederopplæring i vår spesialitetsutdanning mener jeg allikevel at det er veldig viktig at vi oppdaterer oss både innen faget ledelse og faget samfunnsmedisin. Jeg mener den beste måten å gjennomføre lederutdanningen på er i den bedriften man jobber og at det skjer sammen med de andre lederne.

Referansekode i 'Helserådet': OLE 2015-15. Stikkord: Samfunnsmedisin. Braaten, Einar.

Orientering om MRSA på mange språk

Fra eyr 23.10.2015:

Fra: Kjell Gunnar Skodvin kommuneoverlege tlf. 75 68 21 36
/ 414 03 895 Saltdal helsesenter, Jernbanegata 45, 8250 Rognan.

Her kan man finne gjennomarbeidet informasjon fra New South Wales, Australia, om MRSA-infeksjon, smittemåte, behandling og forebyggende tiltak. Engelsk tekst som er oversatt til arabisk, farsi, m.m.

What Is Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus (MRSA)?

This document is available in English as well as in languages other than English. Links to the multilingual resources can be accessed further below.

Title: [What Is Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus \(MRSA\)? \(PDF file - 464 KB\)](#) (Links to English resource)

Summary: A guide to MRSA (Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus), a bacteria which can cause infections that most antibiotics cannot kill. Includes information on prevention and treatment.

Organisation: [NSW Multicultural Health Communication Service](#)

Target audience: General

Multilingual resources: To download information available in languages other than English click on the selected language. This will take you directly to the resource. The information in brackets gives the format and file size if known. Note that some PDF's can be quite large and may take several minutes to download. (Lenkene nedenfor er direkte klikkbare)

[Arabic \(PDF file - 516 KB\)](#)

[Chinese \(Traditional\) \(PDF file - 593 KB\)](#)

[Farsi \(Persian\) \(PDF file - 484 KB\)](#)

[Indonesian \(PDF file - 375 KB\)](#)

[Khmer \(Cambodian\) \(PDF file - 429 KB\)](#)

[Korean \(PDF file - 608 KB\)](#)

[Lao \(PDF file - 455 KB\)](#)

[Punjabi \(PDF file\)](#)

[Serbian \(PDF file - 409 KB\)](#)

[Spanish \(PDF file - 374 KB\)](#)

[Thai \(PDF file - 511 KB\)](#)

[Turkish \(PDF file - 2375 KB\)](#)

[Vietnamese \(PDF file - 402 KB\)](#)

Du får også tilgang til denne oversikten ved å gå inn på eller klikke på:

[http://www.healthtranslations.vic.gov.au/bhcv2/bhcht.nsf/PresentDetail?Open&s=What_Is_Methicillin_Resistant_Staphylococcus_Aureus_\(MRSA\)](http://www.healthtranslations.vic.gov.au/bhcv2/bhcht.nsf/PresentDetail?Open&s=What_Is_Methicillin_Resistant_Staphylococcus_Aureus_(MRSA))

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015-218. Stikkord: MRSA.

Flyktninger og resistente mikrober

Fra eyr 24.10.2015:

Kommuneoverlege Tom Sundar skriver:

Smittevernlegene har skrevet et fornuftig innspill til Folkehelseinstituttet i forbindelse med behovet for å avklare spørsmål rundt håndtering av multiresistente bakterier hos asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente.

Smittevernlegene tar også til orde for en bred prosess rundt revisjon av smitteverntiltakene mot MRSA, ESBL-bakterier og VRE – der kommunehelsetjenesten, ikke bare sykehusene, blir involvert.

Les innspillet:

<http://www.smittevernlegene.no/wp-content/uploads/2015/10/Brev-om-multiresistente-bakterier-2015-10-23.pdf>

Brevet fra Smittevernlegene til Folkehelseinstituttet den 23.10.2015 gjengis også nedenfor i sin helhet:

Smittevernlegene – nettverk for smittevernansvarlige kommuneleger | www.smittevernlegene.no +47 901 98 221 | post@smittevernlegene.no . Org. nr. 915 377 009

Flyktninger og resistente mikrober

Vi viser til e-post av 21.10.2015 og takker for muligheten til å kommentere utkastet til råd om håndtering av multiresistente bakterier hos asylsøkere, flyktninger og familiegjennforente utlendinger.

Omfang

Vi synes rådene bør dreie seg om MRSA, ESBL-bakterier og VRE er det per i dag ikke noen aktuell problemstilling å screene for verken hos asylsøkere, flyktninger og familiegjennforente utlendinger eller hos helsepersonell. Dette bør ikke endres i denne situasjonen. Ved de to bakteriegruppene er jo også problemstillingene annerledes ved at det ikke finnes saneringsmuligheter. Kort sagt: ESBLbakterier og VRE bør ingen pasienter eller ansatte screenes for nå som følge av asylsøkersituasjonen.

Polikliniske konsultasjoner

Vi er enige om at sykehusene ikke skal kreve screening for MRSA, ESBL-bakterier eller VRE før poliklinisk konsultasjon ved sykehus. Dette er særlig aktuelt for blodprøvetaking (for blant annet IGRA-test) og for røntgenbilder (for blant annet tuberkulosescreening). Om det også bør gjelde dagkirurgi, kan diskuteres.

Det er bra at Folkehelseinstituttet kommer med et autoritativt råd på dette området. Flere steder i landet har det utviklet seg en praksis der alle asylsøkere, flyktninger og familiegjennforente utlendinger må testes for MRSA før de får tatt røntgen thorax eller IGRA-test ved sykehusets poliklinikker. Dette medfører mye ekstraarbeid for kommunehelsetjenesten. I tillegg hender det jo at man faktisk finner MRSA hos enkelte. Da følger mye arbeid med forsøk på sanering. I tillegg blir det uro og frykt og krav om testing hos personellet i flyktningeomsorgen. Alt dette uten gode holdepunkter for at man faktisk gjør noe nyttig for kampen mot antibiotikaresistens i landet.

Videre fører MRSA-testingen til tendenser til stigmatisering av asylsøkere, flyktninger og familiegjennforente utlendinger. Dette ser vi blant annet ved øyeblikkelig hjelp-innleggelse av pasienter i disse gruppene. Da etterspørres fra sykehuspersonellet tidligere MRSA-testsvar og pasientene behandles med strengt smittevernregime. Dette har ført til at enkelte kommuneoverleger faktisk har vurdert en slags forebyggende MRSA-testing av alle asylsøkere, flyktninger og familiegjennforente utlendinger slik at de har klart et prøvesvar i tilfelle de en gang må legges inn i sykehus tiltrengende øyeblikkelig hjelp.

Dermed ser vi at det langt på vei, uten at det er gitt noe råd om dette fra Folkehelseinstituttet, er innført et screeningprogram for MRSA av alle asylsøkere, flyktninger og familiegjennforente utlendinger. Dette er ressurskrevende for kommunehelsetjenesten, det kan ha uheldige følger for de screenede, og bevisene for nytte er små. Videre er tiltakene i sykehus mot MRSA langsomt i ferd med å bre seg ut i kommunene ved at personell i barnehager, krisesentre, bofellesskap for asylsøkere og andre steder krever MRSA-testing av klienter og smitteoppsporing. Vi tror at det på sikt bør skje en omlegging fra mikrospesifikke tiltak til mer vekt på basale smittevernrutiner. Denne omleggingen gjorde helsetjenesten for blodbårne agens etter HIVepidemien på 1980-tallet, og på et tidspunkt må den trolig gjøres også for multiresistente bakterier som bæres som del av normalfloraen.

Testing av personell

Vi er enig i at helsepersonell må kunne jobbe i asylsøkeromsorgen uten at det skal kreves testing.

Informert samtykke og betaling

Vi savner at utkastet omtaler behovet for informasjon til og samtykke fra den som skal testes, samt betalingsordninger. Er det for eksempel full refusjon etter § 4 i legehjelpsforskriften for personer som screenes for MRSA bare fordi de er utlendinger?

Videre bør det omtales hjemmel for eventuelt å kunne kreve testing der pasienten ikke ønsker testingen.

På disse områdene kan det være forskjeller mellom MRSA, der bæring og infeksjon er definert som allmennfarlig smittsom sykdom, og de to andre bakteriegruppene.

Terminologi

Vi foreslår at man benytter begrepene asylsøkere, flyktninger (dvs overføringsflyktninger) og familiegjennforente dersom man mener alle tre gruppene. De menneskene som nå kommer til landet og huses i akuttovernattingsplasser, er jo asylsøkere.

Videre foreslår vi begrepet «ESBL-bakterier» eller «bakterier med ESBL». ESBL er jo bare navnet på et enzym.

Revidering

Vi forstår at Folkehelseinstituttet har behov for raskt å komme med råd i dagens situasjon, og vi støtter altså presiseringen om polikliniske konsultasjoner. Likevel mener vi det vil være nyttig at man samtidig starter en større prosess for revidering av smitteverntiltakene mot MRSA, ESBL-bakterier og VRE. I den prosessen er det viktig at kommunehelsetjenesten, ikke bare sykehusene, blir involvert.

Preben Aavitsland, leder.

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015-219. Stikkord: Asylsøkere. Resistens. Smittevernlegene.

.....

Ny kur mot multiresistente bakterier er ikke problemfri

(forskning.no 25.10.2015)

Ny kur mot MRSA kan drepe resistente bakterier som de fleste andre behandlinger ikke duger mot. Men behandlingen er litt som «å tisse i buksa for å holde varmen», mener forsker.

Kristian Sjøgren, journalist, videnskab.dk

Nylig kunne vi på Videnskab.dk fortelle nyheten om [en ny kur mot de fryktede resistente stafylokokkene som kalles MRSA](#) (direkte klikkbar lenke)

Kuren består av en blanding av tre godkjente former for antibiotika, som dermed ramme MRSA på tre forskjellige steder. Denne blandingen klarer ikke bakteriene å kjempe mot, selv om de er resistente overfor de tre antibiotikaene hver for seg.

Spørsmålet er om vi bør begynne å bruke denne kombinasjonsbehandlingen til pasienter som er smittet med MRSA?

Det spørsmålet har vi stilt to kliniske mikrobiologer, men svaret er ikke entydig.

Klinikkjef for Rigshospitalets Klinisk Mikrobiologisk Afdeling, professor Niels Frimodt-Møller, mener man kan bruke kombinasjonsbehandlingen på mennesker i Danmark.

Dermed kan man også finne ut hvordan behandlingen virker – sammenlignet med antibiotikumet vancomycin, som ofte er legenes siste utvei i behandling av MRSA.

– Det er opplagt at vi bør utføre noen kliniske undersøkelser av denne behandlingsformen, hvor man tester det opp mot andre behandlingsformer og finner ut hvor det kan ha sin berettigelse. Det kunne godt være oss selv som gjennomførte slike forsøk, sier Frimodt-Møller. Han mener også at leger allerede nå kan bruke behandlingen eksperimentelt i situasjoner hvor de står uten andre muligheter for behandling.

Se hele artikkelen fra forskning.no samtidig som du får tilgang til en del relatert materiale ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/bakterier/2015/10/ny-mrsa-kur-er-ikke-problemfri>.

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015-220. Stikkord: Multiresistens.

Pesten har fulgt oss lenge (forskning.no 26.10.2015)

Hvor lenge har pestbakterien som forårsaket Svartedauden vært med oss mennesker? Forskere har funnet spor tidligere enn ventet.

Ingrid Spilde, journalist

Vi vet at denne lumske bakterien har stått bak tre beryktede pandemier: Den [justinianske pesten](#) (direkte klikkbar lenke) på midten av 500-tallet, Svartedauden på midten av 1300-tallet, og den tredje pandemien i Kina på midten av 1800-tallet.

Men hva med tidligere epidemier? Som pesten i Athen rundt 400 f.Kr? Eller Antoninus-pestens noen århundrer etterpå? Har Y. pestis dem på samvittigheten også?

Hittil har dette vært umulig å svare på. De eldste funnene av bakterien stammet fra 1500 år gamle skjeletter.

Men nå har Eske Willerslev fra Universitetet i København og en gjeng kollegaer saumfart 101 enda eldre daudinger fra Europa og Asia, på leting etter DNA-spor av den beryktede bakterien helt tilbake til bronsealderen.

Se hele artikkelen fra forskning.no som også gir tilgang til en del relatert materiale ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/2015/10/pesten-har-fulgt-oss-lenge>.

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015-221. Stikkord: Pest. Yersinia pestis.

«Snille bakterier» kan hjelpe HIV-pasienter (forskning.no 8.11.2015)

Probiotika, som de vi finner i Biola, kan være bra for pasienter med HIV.

Hedda Holth, Kommunikasjonsrådgiver. En artikkel fra [Oslo universitetssykehus](#).

- Med moderne medisin har HIV gått fra å være en dødelig sykdom til å bli en kronisk sykdom. På tross av at medisinene fungerer godt,

sliter mange av pasientene med blant annet hjerte- og karsykdommer og økte betennelsestilstander i tarmen, sier infeksjonsmedisiner og overlege Marius Trøseid ved Oslo universitetssykehus (OUS).

Han har tatt for seg hvilken effekt bruken av probiotika, med tilsvarende sammensetning som Biola, har på HIV-pasienter. Dette hadde en effekt på immunsystemet, ifølge en artikkel om funnene som er publisert i tidsskriftet *J AIDS*.

Sammen med kolleger ved Oslo Universitetssykehus og Karolinska Sjukhuset i Stockholm undersøkte Trøseid om probiotika hadde en effekt på betennelsesstoffer i blodbanen og sammensetning av tarmfloraen hos pasienter som fikk såkalt antiretroviral terapi (ART). Dette er den første studien i sitt slag i verden.

Deltagerne fikk probiotika hver dag i åtte uker.

Studien peker mot at det å behandle tarmfloraen til pasientene med dette kan gi resultater som synes i immunsystemet og er knyttet til betennelser.

Se hele artikkelen fra forskning.no ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/2015/11/probiotika-med-positiv-effekt-pa-hiv-pasienter>.

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015-224. Stikkord: HIV. Probiotika.

Kusma sprer seg blant studenter i flere norske byer

(forskning.no 10.11.2015)



Mandag 9. november ble studenter ved Universitetet i Bergen møtt med dette oppslaget om pågående kusma-utbrudd blant studenter. Studenter oppfordres til ikke å drikke av hverandres flasker, og unngå hode til hode-kontakt. Informasjonen er fra smittevernkontoret i Bergen kommune. (Foto: Rebekka Lae)

Kusmasmitten i studentmiljøet i Trondheim har nå spredt seg til Oslo og Bergen. Over 70 personer er smittet i de tre største byene, dobbelt så mange som forrige rekord for 15 år siden.

Anne Lise Stranden, journalist.

I slutten av forrige uke (uke 45/2015) hadde 67 personer fått påvist kusma i Trondheim, skrev Adressa.no på fredag. Nå bekrefter Folkehelseinstituttet at utbruddet har spredt seg til Bergen og Oslo.

Fredag fikk studenter ved Universitetet i Bergen en epost der de blir bedt om å ta forhåndsregler for å unngå kusma. Mandag var oppslag hengt opp på oppslagstavlene på fakultetene fra smittevernkontoret i kommunen.

Så langt er minst fire personer bekreftet smittet i Bergen, og tre i Oslo. En i Oslo er jusstudent, og en studerer ved Høgskolen i Oslo Akershus, ifølge Khrono og Osloby.

Flere er trolig smittet i Bergen, ifølge smittevernoverlege Kari Stidal Øystese, men dette er ikke bekreftet med laboratorieprøver.

Se hele artikkelen fra forskning.no samt en del relatert materiale ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/vaksiner/2015/11/kusma-sprer-seg-til-studenter-i-flere-norske-byer>.

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015-225. Stikkord: Kusma.

Fra kommunal-rapport.no/ (©NTB) 11.11.2015:

Så viktig er det gode kolesterolet

En barnehageavdeling i Orkdal i Sør-Trøndelag er stengt etter at totalt ni barn har fått påvist en variant av E.coli-bakterien.

I forrige uke kom det melding om at to barn hadde fått påvist bakterien EHEC, som er variant av E.coli-bakterien, skriver [Avisa Sør-Trøndelag](#) (direkte klikkbar lenke).

Evjen barnehage har tirsdag fått informasjon fra kommunelegen om avføringsprøvene som er tatt av barn og søsken på den berørte avdelingen. Resultatet viser at bakterien er påvist hos ni barn. Samtlige foreldre på den berørte avdelingen er varslet.

Avdelingen er stengt på ubestemt tid. Mattilsynet jobber med å finne smittekilden.

EHEC-bakterien smitter gjennom forurenset kjøtt og grønnsaker, upasteurisert melk og drikkevann, og produkter hvor dette anvendes. Bakterien kan i sjeldne tilfeller gi alvorlige komplikasjoner i form av alvorlige nyresykdom, spesielt hos barn og eldre.

Du kan også se denne artikkelen fra www.kommunal-rapport.no ved å gå inn på eller klikke på <http://kommunal-rapport.no/helse/2015/11/ni-barn-ecoli-smittet-i-orkdal>.

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015-228. Stikkord: E.coli-smitte. Orkdal.

Fra danske Sundhedsstyrelsen 20.11.2015:

(Red. innledning: Vi gjengir denne selv om den ikke juridisk sett har gyldighet i Norge. Men det er en del læringsmomenter i artikkelen).

Forebyggelse af legionella i vandinstallationer

Lungebetændelse forårsaget af legionellabakterier har i den seneste halvanden måned været i konstant stigning i Odense i forhold til normalt om efteråret. Embedslægeinstitutionen Syddanmark arbejder på at finde årsager til det øgede antal tilfælde, men Embedslægeinstitutionen råder borgerne til at sikre, at deres vandinstallasjon i boligen varmer vandet tilstrækkelig op, så legionellabakterier ikke kan leve i vandtanken.

Kun meget få personer utsat for smitte med legionellabakterier bliver syge. Det er oftest kronisk syge eller personer med svækket immunsystem der får lungebetændelse på grund af legionellabakterien. Legionella lever i ferskvand, og formerer sig i lunkent vand. Smitte foregår hyppigst ved indånding af små vandpartikler, de såkaldte aerosoler, der er forurenede med legionellapartikler. Legionella smitter ikke ved at vand drikkes, med mindre man feilsynker og får vandet i luftvejene.

Er du i tvivl om din vandinstallasjon fungerer tilstrækkelig godt, anbefaler Embedslægeinstitutionen Syddanmark, at rekvirere en gjennomgang af vandinstallasjonen ved en VVS-montør, der har viden om legionella i vandsystemer. Spesielt de eldre vandvarmesystemer kan være for dårlige til å klare tilstrækkelig oppvarming. Returventiler, som ikke lenger er godkente til installasjon, kan også udgøre en risiko i forhold til vækst af legionella i vandsystemet.

Hvis du har en stor varmtvandsbeholder, men ikke har noget stort vandforbrug kan dette også udgøre en risiko, fordi der i et sådant tilfælde vil være for lidt gennemløb i systemet. Det varme vandhanevand skal kunne blive over 50 grader varmt for at slå legionellabakterierne ihjel. Dette sikres ved at skruer tilstrækkelig op for den velfungerende vandvarmer. Det kolde vand skal være under 20 grader for at legionellabakterier ikke kan formere sig.

Brusehoveder bør ikke henge oppe fordi der vil være stillestående vand i systemet, som kan give grobund for legionellabakterier. Lad brusehovedet ligge i bunden af brusekabinen, og skold bruseslange og -hoved igennem med det varmeste vand inden badning. Skift eventuelt brusehovedet og slangen ud med jævne mellomrum.

Læs mere om forebyggelse af legionella: [Sådan minimerer du problemer med Legionella \(pdf\)](#) (direkte klikkbar lenke).

Du får også tilgang til denne artikkelen ved å gå inn på eller klikke på <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2015/forebyggelse-af-legionella-i-vandinstallationer>.

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 231. Stikkord: Legionella.

Et tragisk paradoks – økning i antall meslingetilfeller i Europa.

I en kronikk i Tidsskrift for den norske Legeforening nr. 20/2015 som er formidlet gjennom avisen Morgenbladets tidsskriftportal, sies det innledningsvis følgende:

Antallet meslingetilfeller i Europa har økt betydelig de siste fem årene, og fra hele verden rapporteres det om meslingepidemier. Det er et tragisk paradoks at meslingevaksinen synes å ha blitt offer for sin egen suksess og at mannen som sto bak forskningen som ga oss MMR-vaksinen, nesten er glemt.

Om ham, Maurice Hilleman, er det blitt sagt at han reddet flere liv enn noen annen vitenskapsmann på 1900-tallet, men i dag er han altså nesten glemt.

Se hele artikkelen fra Legetidsskriftet som er en av samarbeidspartnerne i Morgenbladets tidsskriftportal: http://morgenbladet.no/portal/2015/11/en-glemt-pioner?utm_content=buffer862e5&utm_medium=social&utm_source=twitter.com&utm_campaign=buffer. Kronikken er skrevet av Jacob Klcovansky, spesialist i barnesykdommer, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015-232. Stikkord: Meslinger.

Glemmer tuberkulose i kampen mot hiv *(forskning.no 12.11.2015)*

Tuberkulose ser ut til å falle mellom alle stoler i den sponsoravhengige helsesektoren i fattige Malawi. Hiv-fokuset kan ha gitt deler av Afrika et enøyd helsevesen, ifølge forskere.

Svein Tønseth, journalist i Gemini.no. En artikkel fra **SINTEF**.

Malawi i det sørlige Afrika er en av verdens fattigste nasjoner. Her registreres 50 000 nye tub-tilfeller årlig, mot 5000 for 30 år siden. I dette landet har forsker Lisbet Grut funnet klare tegn på at informasjon om tuberkulose ikke når like godt ut til alle lag av befolkningen som det kampanjer mot hiv gjør.

Sintef-forskeren har ledet et prosjekt der funksjonshemmede i landet ble intervjuet om sine epidemikunnskaper. Informantene viste seg å være godt informert om forholdsreglene mot hiv. Men forvirringen var stor når spørsmålene omhandlet årsaker til og behandling av tuberkulose.

Noen av informantene visste ikke at tub er smittsomt. Flere trodde at tub bare rammer hiv-smittede, og enkelte visste ikke om de var testet for tub eller ikke.

Se hele artikkelen fra forskning.no som også gir tilgang til en del relatert materiale, ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/aids-epidemier-bistand-afrika/2015/11/glemmer-tub-i-kampen-mot-hiv>.

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015-235. Stikkord: Tuberkulose. Hiv. Malawi.

Kan redde barn frå hiv *(forskning.no 19.11.2015)*

12 månadar med flytande hiv-medisin til spedbarn som vert amma av hiv-positive mødrer beskyttar barna mot infeksjon.

Jens Helleland Ådnanes, journalist. En artikkel fra **Universitetet i Bergen**.

– 37 millionar menneske lever med hiv i dag. Studiet vårt gir håp om at færre barn i låginntektsland vil verta smitta i framtida, seier professor Thorkild Tylleskär ved Universitetet i Bergen (UiB).

Spedbarn som får brystmjølk av hiv-smitta mødrer, er sterkt utsette for å verta smitta. Ein studie frå fire land i Afrika viser at å gi slike spedbarn flytande medisin mot hiv-smitte er ein svært effektiv måte å beskytta barna mot infeksjon.

Dette gjeld også 6 til 12 månadar etter fødselen, ein periode som ikkje er analysert i tidlegare forskning. Forskningsresultata er publiserte i *The Lancet*. Studien har vore eit samarbeid mellom UiB og Institut national de la Santé et de la recherche médicale, Frankrike.

Se hele artikkelen fra forskning.no ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/aids-medisin/2015/11/kan-redde-barn-fra-hiv>. Du får da også tilgang til en del relatert materiale.

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015-244. Stikkord: Hiv. Amming.

Lager bedre vaksine mot allergi og astma *(forskning.no 10.11.2015)*

Å vaksineres mot allergi tar i dag flere år. Nå kan ny vaksineteknologi opprinnelig brukt mot kreft og influensa, komme til nytte for allergikere.

Claude Olsen, Frilansjournalist. En artikkel fra **Norges forskningsråd**.

Antall personer som får allergi og astma, øker både blant barn og voksne. For å komme seg gjennom hverdagen må de ta ulike pus-temedisiner.

For alvorlige allergier finnes vaksiner, men denne behandlingen tar i dag mye tid. Livet ville blitt mye lettere for mange allergikere og astmatikere dersom det fantes en effektiv vaksine. Ny forskning gir håp om at dette er mulig.

Se hele artikkelen fra forskning.no som også gir adgang til en del relatert materiale, ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/allergi-kreft-nanoteknologi/2015/10/bedre-allergivaksine>.

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2015-73. Stikkord: Astma. Allergi. Vaksine.

Pest eller kolera – hva er verst? (forskning.no 13.11.2015)

Spør en forsker:

Man hører ofte: «Det er som å velge mellom pest eller kolera». Men er pest og kolera virkelig like ille? Forskere forteller her hvilken av sykdommene de helst ville smittes med.

Marie Barse, journalist, videnskab.dk

Med kraftig kolera kan du risikere å dø av diaré i løpet en natt.

Byllepest kan gi blodforgiftning som gjør at armer og bein visner og faller av, mens lungepest gjør at du hoster opp blod og blir kvalt. Ingen av sykdommene virker spesielt attraktive. Men hva er egentlig verst?

Det vil Allan Nyhus gjerne vite: «Vi sier ofte i overført betydning at valget står mellom pest eller kolera. Men ut fra et medisinsk synspunkt, hva bør man velge?»

Vi gir spørsmålet videre til forskere ved Københavns Universitet og Aarhus Universitetssykehus.

Forskerne er faktisk ganske enige.

Det vekker nærmest lykke når vi sender spørsmålet videre til forskerne.

- Les også: [Røntgenkjemi løser koleragåte](#) (direkte klikkbar lenke)

– Ha ha, den er god. Bare ring, skriver førsteamanuensis ved Københavns Universitet, Peter Kjær Mackie Jensen, som leder Copenhagen Center for disaster research (COPE).

Når vi ringer, har han allerede gjennomført en mindre rundspørring blant noen av forskerne ved avdelingen.

– Alle ville ha kolera, sier han.

I det samme kommer professor Ib Bygbjerg forbi Jensens kontor.

Bygbjerg har forsket på infeksjonssykdommer i mer enn 40 år, og hvis du ble innlagt med kolera ved Rigshospitalet i København, så var det i mange år han som siden sto der når du våknet opp.

– Ib! Hva ville du helst ha: pest eller kolera?

Et øyeblikks pause med diskusjon ved enden av telefonrøret.

– Han vil også ha kolera, sier Jensen.

Se hele artikkelen fra forskning.no ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/helse-sykdommer-pest/2015/11/pest-eller-kolera-hva-er-verst>. Da får du også tilgang til en del lignende problemstillinger.

Referansekode i 'Helserådet': HIS 2015-2. Stikkord: Pest. Kolera.

Organisering av folkehelsearbeidet i Sverige

I forbindelse med ovenstående artikkel (om spredning av legionella fra kjøletårn og luftskrubber) var Morten Frantze i Helsedirektoratet i kontakt med svenske myndigheter for å høre hvordan man der har organisert arbeidet med miljørettet helsevern og smittevern. Legionella er jo også et godt utgangspunkt for å drøfte om dette problemet først og fremst er et smittevernanliggende eller et anliggende for miljørettet helsevern. Som kjent har vi jo i Norge to separate lovverk her.

Morten Frantze sier i en kommentar til 'Helserådet' at man i Sverige ser ut til å ha samlet smittevern, miljørettet helsevern og en del annet folkehelsearbeid i Folkhälsomyndigheten fra 2014. Blant annet ville man nettopp se smittevern i nær sammenheng med annet folkehelsearbeid. Den nye Folkhälsomyndigheten er sammensatt av tidligere Smittskyddsinstitutet, Statens folkhälsomyndighet og de deler av Socialstyrelsen som arbeidet med bl.a. miljøhelse. For øvrig kan henvises til

<http://www.regeringen.se/contentassets/8a3bbe62a0bc42ea9f6867b023ce587a/en-mer-samlad-myndighetsstruktur-inom-folk-halsoomradet-ds-201249>.

Referansekode i 'Helserådet': HRE 2015-10. Miljørettet helsevern. Smittevern. Metoder i folkehelsearbeidet. Sverige.

Vil at kommunene varsler om alvorlige hendelser i helsetjenesten

Arianson-utvalget har levert sin utredning.
Publisert: 2015-11-02 13:46

Anne Grete Storvik, anne.grete.storvik@dagensmedisin.no

REGJERINGSKVARTALET: Fylkeslege i Hordaland, Helga Arianson, har ledet utvalget som leverte sin utredning om hvordan alvorlige hendelser og lovbrudd i helsetjenesten skal forebygges og følges opp.
– Det meste av det vi foreslår burde være en selvfølge, men slik er det ikke, sa Arianson da hun overleverte den offentlige utredningen til helseminister Bent Høie mandag formiddag.

Ett av forslagene fra utvalget er at plikten til å melde fra om uønskede hendelser og varsle om alvorlige hendelser også skal gjelde for kommunene, og ikke kun for spesialisthelsetjenesten, slik det er nå.

De foreslår også å lovfeste at virksomheter i helse- og omsorgstjenesten skal tilby pasienter/ brukere/pårørende møter når det har skjedd alvorlige hendelser - innen et døgn etter hendelsen.

Pasienter får rett til å melde

Videre ønsker de at pasienter/brukere/pårørende får rett til å melde fra om uønskede hendelser og varsle om alvorlige hendelser.

De vil også at politiet skal underrette pårørende rutinemessig om at sak forelegges tilsynsmyndighetene. Tilsynsmyndigheten får frist på 5 dager til å gi tilrådning til politiet.

Trakk seg som leder

I fjor trakk tidligere leder av utvalget, Aslak Syse seg fra fordi han mente at helseminister Bent Høie hadde gitt uttrykk overfor media at han ville opprette en havarikommisjon for helsetjenesten – uavhengig av hva det såkalte Syse-utvalget måtte mene.

Syse viste til at Høie hadde gjort det klart at det ikke skulle tas avgjørelser så lenge utvalget jobbet, og Syse trakk seg derfor som leder.

Arianson-utvalget ønsker imidlertid ikke en slik undersøkelseskommisjon:

Et flertall av medlemmene, 10 av 14, sier nei til en slik uavhengig kommisjon for helse- og omsorgstjenesten.

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/artikler/2015/11/02/vil-at-kommunene-varsler-om-alvorlige-hendelser-i-helsetjenesten/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified. Da kan du også se kommentarer til artikkelen.

Referansekode i 'Helserådet': KVA 2015-3. Stikkord: Varsling av hendelser. Helsetjenester. Helsetilsynet. Arianson, Helga.

Nye epidemier

– Helseministeren må legge frem en offensiv HelseOmsorg21-strategi

Markus Moe, markus.moe@dagensmedisin.no

EBOLA-UTBRUDET i Vest-Afrika i fjor kostet flere enn 11.300 mennesker livet. Mangelen på potente legemidler og effektive vaksiner gjorde legene maktesløse i kampen mot det dødelige viruset.

Konsekvensene for de hardest berørte landene, Guinea, Sierra Leone og Liberia, er nærmest ufattelige for oss som lever i den rike delen av verden. Massedøden, frykten, smittespredningen og de økonomiske følgene er heller ikke til å begripe.

Dette er innledningen til en leder i Dagens Medisin 6. november 2015. Du får tilgang til hele artikkelen ved å gå inn på eller klikke på http://www.dagensmedisin.no/artikler/2015/11/06/nye-epidemier/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified

Referansekode i 'Helserådet': MET 2015-26. Stikkord: Helsepolitikk. Strategi.

Lønnsomt med forebygging 18.11.2015:

Helseutfordringene i Norge domineres av sykdommer og lidelser som i stor grad kan forebygges og mestres ved hjelp av tiltak som fremmer gode levevaner. Dette er tema på konferansen «Friskliv, læring og mestring – med brukerne i sentrum» 18.–20. november.

Frisklivssentralen er en kommunal helsefremmende og forebyggende helsetjeneste som tilbyr hjelp til å endre levevaner og mestre sykdom og helseplager. Tjenesten involverer og tilpasser tilbud til den enkelte bruker. I 2014 ble det registrert et rekordhøyt antall på hele 251 frisklivssentraler. Dette er en femdobling siden 2008.

– Forebygging er lønnsomt og gir gevinst både for samfunnet og den enkelte. Vi gleder oss over at antall kommunale frisklivssentraler i Norge øker, sier Henriette Øien, avdelingsdirektør i Helsedirektoratet.

Det er langt billigere å forebygge en risikofaktor for sykdom enn å behandle sykdommen. Forebygging, som for eksempel hjelp til å endre levevaner, er et viktig satsingsområde for Helsedirektoratet i 2016.

Mer samhandling i helsetjenesten

Samhandling parallelt med brukermedvirkning er avgjørende for å fremme koordinerte, helhetlige og sammenhengende pasientforløp. Samhandling rundt forebyggende og helsefremmende arbeid er derfor hovedtemaet for konferansen [Friskliv, læring og mestring – med brukerne i sentrum](#) som Helsedirektoratet og Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse arrangerer 18.–20. november.

Konferansen skal være en viktig møteplass for alle som har interesser innenfor friskliv, læring og mestring. Et mål for konferansen er at nettverksbygging og erfaringsutveksling vil bidra til å skape en god dialog mellom brukere og helsepersonell.

– Økt samarbeid i helsetjenesten vil gi oss helsetjenester som fungerer enda bedre for flere, sier Henriette Øien, avdelingsdirektør i Helsedirektoratet.

Referansekode i 'Helserådet': MET 2015-27. Stikkord: Frisklivssentraler.

Mye tarmkreft i Norge sammenlignet med andre land

(forskning.no 26.10.2015)

Færre nordmenn dør av tarmkreft nå enn for tyve år siden. Likevel har flere andre land fått ned dødstallene mye mer enn oss. Forsker mener det kan skyldes livsstilen vår.

Anne Lise Stranden, journalist

Færre dør av tykktarms- og endetarmskreft i stadig flere europeiske land, spesielt i Nord- og Vest-Europa. Men det er store sprik mellom kjønn og land. Det viser en stor studie av hvordan dødelig tarmkreft har utviklet seg de siste førti årene i Europa og USA.

Fortsatt er tarmkreft den kreftformen nest flest dør av etter lungekreft i Europa.

I Norge får 3500 personer tarmkreft eller endetarmskreft hvert år. Fire av ti av dem som får tarmkreft i Norge, dør av sykdommen i løpet av fem år. Men dødeligheten varierer sterkt med hvor langt sykdommen har spredt seg før diagnosen. Utsiktene for endetarmskreft er noe lysere.

Nye behandlingsmetoder helbreder flere og forlenger levetiden mer enn for 20 år siden.

Se hele denne artikkelen fra forskning.no ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/helse-forebyggende-helse-kreft/2015/10/dodelig-tarmkreft-gar-mer-tilbake-i-andre-land-enn-norge> . Du får da også tilgang til en del relatert materiale.

Referansekode i 'Helserådet': HST 2015-30. Stikkord: Tarmkreft. Cancer coli.

Stillesitting er kanskje ikke så livsfarlig likevel (forskning.no 26.10.2015)

Britiske forskere fulgte tusenvis av kontorarbeidere i 16 år. De fant ingen sammenheng mellom stillesitting og tidlig død.

Lasse Bjørnstad, journalist

Stillesitting har fått et svært dårlig rykte de siste årene. Å sitte mye stille kan være farligere enn overvekt, du får en dårlig kropp og hjerte-problemer – noe som kan gjøre at du dør tidlig.

- Les også: [Reis deg opp og redd hjertet](#) (direkte klikkbar lenke)

Det er ikke engang sikkert det [holder å trene på fritiden](#).(direkte klikkbar lenke)

Men nå har det kommet resultater fra en diger studie som viser at stillesitting kanskje ikke er en superskurk allikevel.

Offentlige ansatte i Storbritannia

En britisk forskergruppe har brukt Whitehall II-studien som grunnlag for en ny undersøkelse, som er publisert i International Journal of Epidemiology. Denne studien kartlegger helsen til alle offentlige ansatte byråkrater i London-området.

Deltagerne ble bedt om å blant annet rapporterte hvor mye de sitter på jobb, hvor mye de sitter foran TV-en og hvor mye de trener og går. Totalt 5132 mennesker var med på denne delen av studien, og de ble fulgt i 16 år.

Forskerne fant ingen sammenheng mellom hvor mye folk satt og sjansen for å dø. I løpet av perioden døde 450 mennesker, men forskerne kunne ikke se noen koblinger til deltageres sittemønster.

Resultatene ble justert for alder, kjønn, røyking, ansettelsesforhold og andre faktorer som kan tenke seg å påvirke resultatene.

- Les også: [Å sitte er mye farligere enn å være overvektig](#) (direkte klikkbar lenke)

Se hele denne artikkelen fra forskning.no ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/2015/10/sitting-forer-kanskje-ikke-til-en-tidlig-grav-allikevel> .

Referansekode i 'Helserådet': FYS 2015-28. Stikkord: Stillesitting.

Vellykket å måle hjertehelse på apoteket (forskning.no 28.10.2015)

Stadig flere unge blir lagt inn på sykehus med hjerteinfarkt. Apoteket kan være en god arena for å måle hjertehelse, tror forskere.

Sigurd Øygarden Flæten, informasjonskonsulent. En artikkel fra [Universitetet i Oslo](#).

Mange nordmenn har høyt kolesterol uten å vite det selv. Sammen med høyt blodsukker og høyt blodtrykk er dette en viktig risikofaktor for hjerte- og karsykdommer.

Doktorgradsstudent Karianne Svendsen og kollegene ville måle effekten av å gi apotek kunder gratis kolesterolmåling.

«Den store sjekkedagen» ble arrangert i 2012 og 2014 i samarbeid med apotek over hele landet.

I fjor lot over 10 000 seg måle, ved hjelp av enkle blodprøver ved et stikk i fingeren og spørreundersøkelser.

Du får tilgang til hele denne artikkelen samt en del relatert materiale ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/hjertet-sykdommer/2015/10/maler-hjertealder-pa-apoteket> .

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2015-74. Stikkord: Apotek. Helsetjenester på apotek.

kunnskapssenteret

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Effekt av det å være i arbeid på bruk av helsetjenester

Publisert 29.09.2015

Nøkleby H, Ngyen L, Berg R. Effekt av det å være i arbeid på bruk av helsetjenester. Notat – 2015. ISBN 978-82-8121-976-2

- Hovedfunn
- [Hele publikasjonen](#) (direkte klikkbar lenke)

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten ved Seksjon for velferdstjenester fikk i oppdrag av NAV og Helsedirektoratet å utføre et systematisk litteratursøk med påfølgende sortering av mulig relevante publikasjoner. Oppdraget var å finne forskning om effekter av det å være i arbeid på bruk av helsetjenester, sammenliknet med det å ikke være i arbeid.

Metode

Vi utarbeidet søkestrategi for et systematisk litteratursøk. Det ble søkt i samfunnsvitenskapelige og medisinske databaser. Søket ble utført i juli 2015. To forskere gikk uavhengig av hverandre gjennom identifiserte referanser og vurderte relevans i forhold til inklusjonskriteriene.

Resultater

- Litteratursøket gav 7471 referanser etter dublettsjekk
- Vi identifiserte totalt 15 relevante referanser: én mulig systematisk oversikt og 14 primærstudier
- Den mulig systematiske oversikten oppsummerte studier med utvalg hentet fra personer med schizofrenilidelse
- Fire av de 14 primærstudiene inkluderte utvalg fra den generelle befolkningen, mens 10 studier inkluderte utvalg fra ulike pasientgrupper
- De 10 primærstudiene med pasientutvalg fordelte seg slik med hensyn til type utfallsmål:
 - sju studier målte bruk av psykiske helsetjenester (behov for ny behandling)
 - tre studier målte bruk av somatiske helsetjenester (oppfølging av anbefalt behandling)

I dette systematiske litteratursøket med sortering har vi ikke lest artiklene i fulltekst og dermed ikke vurdert studienes metodiske kvalitet eller sammenstilt resultatene. Basert på lesing av sammendragene ser vi likevel noen mønstre. Generelt kan det se ut til at det å være i arbeid/komme i arbeid etter arbeidsløshet muligens gir lavere bruk av helsetjenester sammenliknet med det å ikke være/komme i arbeid. Arbeid blant personer med anbefalt somatisk helsehjelp ser ut til muligens å gi økt bruk av slik helsehjelp. Vi understreker at vi ikke kan dra sikre konklusjoner angående studienes resultater siden vi kun har lest sammendragene.

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2015-75. Stikkord: Arbeidsledighet. Arbeidsløshet.

.....
www.kommunal-rapport.no 12.11.2015:

- Nye helsekommuner må bli større

Ambisjonene for de nye helsekommunene er så høye at de krever endringer i kommunestrukturen, sa helse- og omsorgsminister Bent Høie (H) i Stortinget torsdag.

Jan Inge Krossli

Helse- og omsorgstjenestene i kommunene ble satt inn i en sammenhengende helhet torsdag, da Stortinget behandlet stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten.

– Dette er trinn to i samhandlingsreformen hvor vi ser på hvilke helse- og omsorgsoppgaver kommunene skal ha og hvordan de skal løses, sier helse- og omsorgsminister Bent Høie (H) til Kommunal Rapport.

Da tidligere helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen (Ap) lanserte ideen om samhandlingsreformen, mente han den ville kreve «helsekommuner» (direkte klikkbar lenke) på minst 10.000 innbyggere. Regjeringspartner Senterpartiet satte stopper for den tanken.

– Nå realiserer vi helsekommunene sammen med stortingsflertallet. Meldingen om primærhelsetjenesten er kommunereformens siamesiske tvilling. De er avhengig av hverandre. For å nå målene for en helhetlig helse- og omsorgstjeneste i kommunene, er det en forutsetning at vi også lykkes med kommunereformen, sier Høie.

Se hele artikkelen fra www.kommunal-rapport.no ved å gå inn på eller klikke på <http://kommunal-rapport.no/helse/2015/11/mener-helsereform-kraver-kommunereform>.

Referansekode i 'Helserådet': OLE 2015-13. Stikkord: Helsekommuner. Samhandlingsreformen.

.....
DAGENS
Medisin Leder 6.11.2015

Vil gjøre «helsesøster» og «jordmor» kjønnsnøytrale

Anne Grete Storvik
 anne.grete.storvik@dagensmedisin.no

Sykepleierforbundet vedtok kjønnsnøytralitet.

Landsmøtet for Norsk Sykepleierforbund har vedtatt at forbundet skal arbeide for kjønnsnøytrale titler for sykepleiere, ifølge sykepleien.no 101 av totalt 177 landsmøtedelegater stemte for forslaget under landsmøtet, som pågår på Gardermoen denne uken.

– I dag er det 3380 helsesøstre i Norge, kun fem er menn. Vi tror yrkestittelen er en direkte bremsekloss for å rekruttere flere menn til yrket, sier en av forslagsstillerne, Joakim Stubberud.

– Vedtaket er et ønske om å få flere menn til å ta disse spesialitetene. En kjønnsnøytral tittel kan være et ledd i dette, sier forbundsleder Eli Gunhild By til bladet.

– Jordmor er en kjønnsnøytral tittel ved at det betyr den som løfter barnet fra jord til mor. I tillegg har jordmødre dobbelt autorisasjon både som sykepleier og jordmor.

By peker på at når det gjelder helsesøster har faggruppen allerede et vedtak på å utrede en kjønnsnøytral tittel.

– Utfordringen er å finne den gode alternative tittelen til helsesøster, sier By ifølge sykepleien.no

Du kan også se denne artikkelen fra Dagens Medisin ved å gå inn på eller klikke på http://www.dagensmedisin.no/artikler/2015/11/12/vil-gjore-helsesoster-og-jordmor-kjonnsoytrale/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified.

Referansekode i 'Helserådet': OLE 2015-14. Stikkord: Helsesøstertittel. Jordmortittel.

Eldre kan ha tygget seg til Alzheimer *(forskning.no 9.11.2015)*

Norske og engelske forskere har sett på mulige sammenhenger mellom bakterier, virus og sopp fra munnen – og utviklingen av Alzheimers sykdom. Det de har funnet, overrasker dem.

Åslaug Brynildsen, nettedaktør. En artikkel fra [Universitetet i Oslo](http://universitetet.no).

Alzheimers sykdom er den vanligste formen for aldersdemens, som rammer nesten annenhver person over 90 år. Alzheimers er forbundet med funksjonstap i hjernen, og forskere verden rundt vet lite om dens årsaker.

Sykdommen legger beslag på store ressurser i eldreomsorgen og har ingen behandling.

Alzheimers sykdom forekommer i to former: tidlig Alzheimers og sen Alzheimers. Den siste utgjør hele 98 prosent av tilfellene. Sen Alzheimers har trolig mange årsaker, men karakteristisk for denne varianten er blant annet betennelse i hjernen.

Betennelsen kan være utløst av en infeksjon lokalt i hjernen eller fra en infeksjon i andre deler av kroppen.

Professor Ingar Olsen ved Universitetet i Oslo har sammen med postdoktor Sim K. Singhrao sett på mulige sammenhenger mellom mikroorganismer i munnhulen, det vil si bakterier, virus og sopp, og utviklingen av den sene varianten av Alzheimers sykdom.

Se hele artikkelen fra forskning.no som også gir tilgang til en del relatert materiale, ve å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/tenner-alzheimer/2015/11/eldre-kan-ha-tygget-seg-til-alzheimer>.

Referansekode i 'Helserådet': PER 2015-12. Stikkord: Munnhelse. Alzheimer. Demens.

Slik påvirker dårlig søvn kroppen din *(Dagens Medisin 13.8.2015)*

Danske forskere har undersøkt 30 tvillingpar og funnet ut at kroppens celler eldes altfor raskt hos folk som sover for lite.

Bo Christensen, journalist, videnskab.dk

Rundt hver tiende voksne nordmann sover så dårlig at han ofte føler seg trøtt om dagen. Men hva skjer egentlig med kroppen når vi ikke sover nok?

En ny studie peker på at mindre enn syv timers nattesøvn får cellene våre til å fungere dårligere, og det kan være en forklaring på hvorfor søvnproblemer påvirker helsen, mener forskerne. De har basert forskningen på en studie av 30 tvillingpar.

– Cellefunksjonen ser ut til å bli nedsatt til et nivå som svarer til at de var ti år eldre for de som sover 90 minutter mindre enn de burde over en lengre periode, sier Jonas Mengel-From, førsteamanuensis ved Syddansk Universitet. Han er en av forskerne som har bidratt til forskningen.

- Les også: [Lettere forkjølet med lite søvn](#) (direkte klikkbar lenke)

De som sover mindre enn sju timer hver natt, har færre såkalte mitokondrie-DNA-kopier i blodet, viser den nye studien. Dette avspeiler hvor godt cellenes «kraftverk» – mitokondriene – fungerer.

Jo bedre mitokondriene har det, desto bedre fungerer cellene, og jo friskere er vi.

Påvirker helse og levetid

De nye resultatene er spennende, og de peker på at søvnen påvirker mitokondriene våre, sier førsteamanuensis Tinna Stevnsner.

– Selv om studien er utført på forholdsvis få personer, er den godt laget og tar høyde for en rekke faktorer. Det gir god evidens for at søvnen kan påvirke mitokondrienes funksjon og dermed helsen vår, sier Stevnsner, som arbeider ved institutt for molekylærbiologi og genetikk ved Aarhus Universitet.

- Les også: [Sene kvelder kan gjøre deg syk](#) (direkte klikkbar lenke)

Hun har ikke bidratt til forskningen selv, men forsker også på aldring.

Det nye forskningsresultatet støtter også opp om en tidligere studie som konkluderte med at få mitokondrie-DNA-kopier i blodet er forbundet med kortere levetid.

Se hele artikkelen fra forskning.no samt en del relatert materiale ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/helse-sovn/2015/10/slik-pavirker-darlig-sovn-kroppen-din>.

Referansekode i 'Helserådet': PER 2015-13. Stikkord: Søvn. Søvnmangel.

Stadige forstyrrelser av søvnen irriterer deg mest (forskning.no 4.11.2015)

Humøret holder seg derimot bedre med en uforstyrret nattesøvn, selv om den er kortere enn det som er anbefalt.

Ulla Gjeset Schjølberg, journalist

Det er ingen tvil: En lang og uavbrutt søvn er definitivt best. Men dessverre er det en uoppnåelig drøm for mange. Tidligere studier har vist at 11,7 prosent av oss nordmenn sover dårlig.

Et langt mer realistisk dilemma er valget mellom å bli jevnlig vekket opp gjennom natten eller å få nyte en kortere, men uavbrutt søvn. Skal vi tro forskere, er det sistnevnte som er best – i alle fall for å holde humøret oppe.

Tre netter

Forskere fra Johns Hopkins Medicine har nylig publisert en studie som viser hvordan folk reagerer på ulike nattesøvn. Funnene ble publisert i tidsskriftet Sleep.

- Les også: [Slik virker søvn](#) (direkte klikkbar lenke)

I et forholdsvis kortvarig eksperiment ble 62 forsøkspersoner delt inn i tre grupper som alle skulle sove på et eget søvnlaboratorium i tre netter. Den første gruppen ble vekket åtte ganger i løpet av natten. Den andre måtte være våken lenger på kvelden slik at søvnperioden ble kortet ned. Den siste gruppa fikk slumre så lenge de måtte ønske.

Sammenlagt sov de to første gruppene i litt over fire og én halv time.

Hver kveld før deltakerne gikk og la seg, skulle de svare på en undersøkelse for å kartlegge følelsene sine.

I undersøkelser av søvn er det vanlig å regne under fem timer søvn som for lite.

- Les mer: [Slik sover verden](#) (direkte klikkbar lenke)

Se hele artikkelen fra forskning.no ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/sovn/2015/10/konstante-forstyrrelser-nar-du-sover-irriterer-mest>.

Referansekode i 'Helserådet': PSY 2015-29. Stikkord: Søvn. Søvnforstyrrelse.

Det haster med å kartlegge flyktingers psykiske helse

(forskning.no 20.11.2015)

Mange flyktinger står i fare for å utvikle en alvorlig psykisk lidelse. Må de slite med traumene sine på egen hånd, kan det gå galt.

Siw Ellen Jakobsen, journalist



Birgit Lie behandler flyktninger med traumer etter krig og terror ved Sørlandet sykehus. Hun mener at helsevesenet alene ikke klarer å hjelpe alle flyktningene med sine psykiske problemer. Vanlige folk må også hjelpe til. (Foto: Sørlandet sykehus)

Vi vet at mange av flyktningene som nå kommer til Norge har vært utsatt for krig og alvorlige overgrep. Hvordan de blir møtt her i Norge vil ha stor betydning for om de utvikler psykiske sykdom eller ikke.

Det mener to forskere som både forsker på og behandler flyktninger med traumer.

– Vi har etter hvert mye kunnskap om hva flyktninger har med seg i bagasjen og hvilke tiltak som må på plass for at vi skal unngå at de skal bli syke, sier Birgit Lie.

Hun jobber ved Spesialisert poliklinikk for psykosomatikk og traumer ved Sørlandet sykehus. Hun har selv forsket på bosniske og kosovoalbanske flyktninger og deres psykiske sår etter krig og tortur.

Studien hennes (direkte klikkbar lenke) viste at svært få fikk hjelp med sine problemer.

Se hele artikkelen fra forskning.no ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/innvandring/2015/11/det-haster-kartlegge-flyktnings-psykiske-helse>. Der får du også tilgang til en del relatert materiale.

Referansekode i 'Helserådet': PSY 2015-30. Stikkord: Asylsøkere.

Fra www.kommunal-rapport.no 20.11.2015:

Frykter for psykisk helse – ber politikere forby russebusser

Rektor ber fylkespolitikere forby russebusser fordi han mener de fører til brutal ekskludering som går på helsa løs.

Berit Almendingen

Diskusjonen om russebusser har tatt av i Bærum kommune etter at rektor Arne F. Opsahl skrev [om russebusser i et leserinnlegg i lokalavisa Budstikka](#) (direkte klikkbar lenke)

– Det som virkelig bekymrer meg er den brutale ekskluderingen russeforberedelsene fører med seg. Når ungdom endelig har kommet seg inn på den videregående skolen de ønsket, kan de oppleve at de blir satt helt utenfor det sosiale miljøet i klassen. Hvem som skal være på hvilken buss kan være bestemt på ungdomsskolen. De fleste busser har deltakere fra flere skoler, men allikevel opplever vi at elever bytter skole på videregående for å komme på «riktig» buss, skriver Opsahl.

Se hele artikkelen fra Kommunal Rapport ved å gå inn på eller klikke på <http://kommunal-rapport.no//2015/11/rektor-ber-politikere-forby-russebusser>.

Referansekode i 'Helserådet': PSY 2015-31. Stikkord: Russebusser.

Legemidler til gravide i rusbehandling – hvordan går det med barna?

(forskning.no 31.10.2015)

En ny studie viser at det er forsvarlig å la gravide kvinner få behandling med metadon og buprenorfin.

Julie Nybakk Kvaal, seniorkonsulent. En artikkel fra [Universitetet i Oslo](#).

Hvert år blir det født mellom 30 og 60 barn av kvinner som har brukt metadon eller buprenorfin i svangerskapet, viser statistikk fra Helse- direktoratet.

Metadon og buprenorfin er de vanligste legemidlene for behandling av personer som er avhengige av heroin og inngår i ordningen Legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

Gabrielle Welle-Strand, stipendiat ved Senter for rus- og avhengighetsforskning (Serf) har sammenlignet kvinners bruk av metadon og buprenorfin i svangerskapet og hvordan behandlingen påvirker nyfødte barn.

Resultatene fra studien viser blant annet at både metadon og buprenorfin er akseptable legemidler for gravide kvinner som behandles for heroinavhengighet, noe som også støtter opp om konklusjoner fra andre studier.

Se hele artikkelen fra forskning.no som også gir tilgang til en del relatert materiale, ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/alkohol-og-narkotika-sykdommer-barn-og-ungdom/2015/10/legemidler-til-gravide-i-rusbehandling-hvordan>.

Referansekode i 'Helserådet': RUS 2015-18. Stikkord: Rusmidler og graviditet.

Fødelandet til mor er avgjørende for svangerskapet

(forskning.no 4.11.2015)

Innvandrerkvinner fra Thailand, Sri Lanka, Filippinene og Somalia har større risiko for hastekeisersnitt enn andre. – Vi bør konsentrere oss om disse, ikke alle det går bra med, sier forsker.

Eldrid Borgan, kommunikasjonsrådgiver. En artikkel fra *Nasjonal kompetansetjeneste for kvinnehelse*.

Én av fire kvinner som føder i Norge, ble selv født i et annet land. Selv om disse kvinnene kommer fra hele verden, blir de ofte klumpet sammen i store statistiske sekker som for eksempel «ikke-vestlige innvandrere».

Men fødelandet til mor har mye mer å si for hvordan det går i graviditeten enn om hun er innvandrer eller ikke. Det har Ingvil Krarup Sørbye nå bekreftet gjennom doktorgradsarbeidet. Kanskje kan denne innsikten gjøre at helsevesenet vårt kan rette innsatsen mer presist mot de som oftest har risikosvangerskap.

– Sammenligning mellom alle innvandrere og nordmenn burde vi slutte å gjøre, forteller Sørbye, som er fødselslege ved Oslo Universitets-sykehus.

I Norge har det inntil nylig ikke vært noen tradisjon for å registrere hverken etnisitet eller fødeland til gravide kvinner. Derfor koblet Sørbye informasjon om komplikasjoner i fødselsregisteret til informasjon om fødeland fra Statistisk sentralbyrå.

Studiene av alle kvinner som fødte mellom 1990 og 2009, viser at mens en del innvandrergrupper hadde høyere risiko for komplikasjoner hos mor og barn, hadde andre innvandrergrupper lavere risiko enn etnisk norske kvinner.

Se hele artikkelen fra forskning.no ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/helse-innvandring-kjonn-og-samfunn/2015/11/fodelandet-til-mor-er-avgjorende-svangerskapet> . Artikkelen gir også tilgang til en del relaterte artikler.

Referansekode i 'Helserådet': SEX 2015-27. Stikkord: Fødeland.

Én av tre kvinner var overvektig før graviditet (forskning.no 19.11.2015)

For første gang er det laget statistikk over gravide kvinners høyde og vekt. Overvektige må oftere få utført keisersnitt og har større risiko for komplikasjoner som diabetes. **NTB**.

For ti år siden ble det nesten aldri registrert hvor mye kvinnen veide før hun ble gravid, men i fjor var data om kroppsmasseindeks tilgjengelig for over 70 prosent av de fødende.

Det gir helsemyndighetene en mye bedre mulighet til å undersøke sammenhengen mellom under- eller overvekt før graviditeten og hvilke risiko det kan medføre i svangerskapet eller under fødsel.

– Overvekt og fedme er relatert til flere uheldige svangerskaps- og fødselskomplikasjoner, opplyser Folkehelseinstituttet, som la ut statistikken i *Medisinsk fødselsregister* (direkte klikkbar lenke) onsdag.

Se hele artikkelen fra forskning.no ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/helse-svangerskap-overvekt/2015/11/en-av-tre-kvinner-var-overvektig-graviditet> . Da får du også tilgang til en del relatert materiale.

Referansekode i 'Helserådet': SEX 2015-29. Stikkord: Overvektighet. Graviditet.

Fra danske Sundhedsstyrelsen 20.11.2015:

Håndtering af seksuelt overførbare infektioner

Sundhedsstyrelsen har samlet anbefalingene for forebyggelse, diagnose og behandling af seksuelt overførbare infektioner i én publikation, der samtidig giver mulighed for print af information til patienterne.

Der er sket store fremskritt inden for diagnostik og behandlingen af seksuelt overførbare infektioner, og derfor indeholder anbefalingen megen ny viden på disse områder, om fx behandling af gonoré. Desuden indeholder anbefalingen som noget nyt mulighed for direkte print af skriftlig information til patienterne. Publikationen beskriver desuden de mange muligheder for at forebygge seksuelt overførbare infektioner, samt hvilke opgaver kommunerne og frivilligorganisationerne løfter på området.

Publikationen beskriver, hvordan indsatsen med at forebygge, diagnosticere og behandle infektionerne organiseres, hvilke principper der er for smittebekæmpelse, og hvad de gældende regelsæt indeholder. Desuden er der en specifik gennemgang af infektioner, epidemiologi,

sygdomsforløb, diagnose, behandling og forebygging av gonoré, hepatitis A, B og C, herpes genitalis, klamydia, kondylomer og andre seksuelt overførbare infeksjoner.

Målgruppen er alment praktiserende læger og praktiserende spesiallæger, sygehushæger, sundhedspersoner tilknyttet den kommunale forebyggelsesindsats samt undervisningsinstitutioner. Anbefalingene vil give et fælles overblik for alle involverede i indsatsen og på samme tid anwise helt konkrete handlinger i den enkelte kliniske situation.

Publikationen erstatter to gamle vejledninger "Vejledning for diagnose og behandling af seksuelt overførbare sygdomme" fra 1999 og "Klamydia-infeksjoner. Vejledning for diagnose og behandling i almen praksis" fra 2005", der hermed udgår.

LINK

[Anbefalinger om forebygging, diagnose og behandling af seksuelt overførbare infeksjoner \(2015\)](#) (direkte klikkbar).

Referansekode i 'Helserådet': SEX 2015-30. Stikkord: Seksuelt overførbare infeksjoner. Sundhedsstyrelsen.

Enkel blodprøve av gravide kan avsløre flere syndromer

(forskning.no 21.11.2015)

Forskere har funnet små kromosomavvik hos foster ved å ta en blodprøve av mor. Men testen kan også oppdage avvik som bare finnes hos mor, eller som ikke har noen medisinsk betydning.

Eldrid Borgan, kommunikasjonsrådgiver. En artikkel fra [Nasjonal kompetansetjeneste for kvinnehelse](#).

Når en kvinne er gravid, lekker små biter DNA fra fosteret ut i blodet hennes. En enkel blodprøve av mor kan dermed brukes til å teste fosteret genetisk, uten å måtte ta en risikabel morkake- eller fostervannsprøve.

Testen har forkortelsen NIPT som står for «Non-Invasive Prenatal Testing», og har blitt tilgjengelig i flere land de siste få årene.

I dag brukes testen til å oppdage store kromosomavvik. Arvestoffet til mennesker er organisert i 23 kromosompar, og hvis fosteret har flere eller færre kromosomer enn dette, kan det føre til en rekke syndromer.

Det vanligste er Downs syndrom, som skyldes at fosteret har tre versjoner av kromosom nummer 21. Det finnes derimot en rekke syndromer som skyldes små feil i DNA-et, som ikke endrer antallet kromosomer.

Og det er disse små feilene kinesiske og amerikanske forskere har vist at kan oppdages med en ny metode for å analysere blodprøver av gravide.

Se hele artikkelen samt en del relatert materiale ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/svangerskap-dna/2015/11/enkel-blodprove-av-gravide-kan-avsløre-flere-syndromer>.

Referanse:

A.H. Yin mfl: Noninvasive detection of fetal subchromosomal abnormalities by semiconductor sequencing of maternal plasma DNA, *Proceedings of the National Academy of Sciences*, november 2015, doi: 10.1073/pnas.1518151112. [Sammendrag](#) (direkte klikkbar lenke)

Referansekode i 'Helserådet': SEX 2015-31. Stikkord: Syndromer. Kromosomfeil.

Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) 28.10.2015:

12 dør på jobb i bygg- og anlegg hvert år

Risikoen for å dø på jobb er dobbelt så høy i bygg- og anlegg som for gjennomsnittet i alle andre næringer. De siste seks årene har gjennomsnittlig 12 arbeidstakere i bygg- og anlegg mistet livet hvert år.

Artikkelen er knyttet til temaet [Ulykker og skader](#)

Det viser en ny rapport fra Arbeidstilsynet og Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI)

– Ulykker kan og skal forebygges. Og forebygging starter allerede på tegnebrettet. Det er viktig å tenke sikkerhet helt fra planleggingsfasen. Poenget er å planlegge bygge- og anleggsplassen slik at man minimerer risikoen for at arbeidstakerne skal komme i farlige situasjoner. I tillegg er det nødvendig med tiltak for å unngå personskader dersom uønskede hendelser likevel skjer, sier direktør Ingrid Finboe Svendsen i Arbeidstilsynet.

Unge mest utsatt

Antall registrerte arbeidsskadedødsfall i bygg- og anlegg har økt de siste 15 årene, og antallet har ligget høyt siden 2009. Risikoen for skader er høyest blant de yngste arbeidstakerne. Det er også flere skader blant de som jobber lang arbeidsuke på 45 timer eller mer. Også de som jobber skift og natt er mer risikoutsatt, viser rapporten.

Rapporten «Skader i bygg- og anlegg: Utvikling og problemområder» er skrevet på oppdrag for Charter for en skadefri bygge- og anleggsnæring. Dette HMS-charteret forplikter til samarbeid mellom myndighetene og representanter for alle ledd i bygg og anlegg, for at alle skal komme trygt hjem fra jobb.

Fallulykker dreper

Fall er den ulykkestypen som fører til flest dødsfall og alvorlige skader. Nesten halvparten av de som omkom i fallulykker i perioden 2011 til 2014 falt fra tak eller bygninger under oppføring. I alle dødsulykkene fra tak manglet det sikringstiltak som kunne hindret alvorlige konsekvenser av fallet. Også ved fallulykker fra stiger, lift og annet løfteutstyr var sikringen mangelfull.

Gjennomgående funn når Arbeidstilsynet går bak alle typer dødsulykker er at det ofte ikke var satt inn gode nok tiltak for å ivareta sikkerheten. Ofte er det ikke gjort risikovurderinger, risikovurderingene er ikke gode nok eller den som omkom hadde ikke fått god nok opplæring.

– De fleste ulykkene i arbeidslivet kunne vært unngått. Mange liv kunne vært spart, og det er ofte enkle grep som skal til. Men det krever daglig fokus på sikkerhet i alle ledd, sier direktør Ingrid Finboe Svendsen i Arbeidstilsynet.

Mange ulykker med gravemaskin

De siste årene har det vært et stort antall ulykker med store anleggsmaskiner som har ført til alvorlige skader og dødsfall. En analyse av 65 slike ulykker viser at gravemaskiner, dumpere, lastebiler og hjullastere er de vanligste.

Gravemaskiner var involvert i mer enn halvparten av disse ulykkene. Og den vanligste årsaken er at gravemaskina velter. Veltene skjer oftest ved at grunnen under maskina svikter.

Vi ser klare forskjeller i ulykkestyper etter skadenes alvorlighetsgrad. I de mest alvorlige ulykkene er det ofte store høyder, store maskiner, lasting og lossing og utfordrende terreng.

– Dersom antallet alvorlige skader skal reduseres, bør man øke bruken av fysiske skiller i slike arbeidssituasjoner. En sperre som hindrer en dumper i å komme for nær kanten av en anleggsvei eller fylling kan redde liv, sier Finboe Svendsen.

Viktig kunnskap

Rapporten, som lanseres på HMS-konferansen for bygg- og anleggsbransjen 28.oktober, identifiserer problemområder og utvikling over tid.

–Partene i arbeidslivet har en ambisiøs målsetting for bygge- og anleggsnæringen, og i denne rapporten får de et solid kunnskapsunderlag som bygger godt opp om deres målsetning på forebygging. Kunnskapsbasert forebygging er særdeles verdifullt for å kunne rette innsatsen der hvor den gir størst og mest gjennomgående effekt, sier direktør for Statens arbeidsmiljøinstitutt, Pål Molander, og fortsetter:

– Det er godt å se at veien fra kunnskap til handling er kort, noe HMS-charteret bidrar til.

– Denne kunnskapen er viktig for å målrette myndighetenes og bransjens egen innsats for å bedre sikkerheten i bygg- og anlegg, sier direktør Ingrid Finboe Svendsen i Arbeidstilsynet.

Hun oppfordrer de store aktørene i bransjen til å bruke denne kunnskapen for å sette inn støtet der det trengs mest.

Fakta Charter for en skadefri bygge- og anleggsnæring:

Rapporten «Skader i bygg og anlegg: Utvikling og problemområder» er laget som en del av samarbeidet Charter for en skadefri bygge- og anleggsnæring. Dette HMS-charteret ble undertegnet i juni 2014 og forplikter til samarbeid for at alle skal komme trygt hjem fra jobb. Myndigheter og representanter for alle ledd i bygg og anlegg (byggheier, prosjekterende, utførende og arbeidstakerne) har undertegnet. Du kan også se denne artikkelen samt en del relatert materiale ved å gå inn på eller klikke på <https://stami.no/12-dor-pa-jobb-i-bygg-og-anlegg-hvert-ar/>

Referansekode i 'Helserådet': SKA 2015-17. Stikkord: Arbeidsulykker. Bygg og anlegg.

Fra Skadeforebyggende forum 10.11.2015:

Velkommen til seminar!

Vi minner om høstens to temaseminar og gir oppdatert informasjon om WHO's konferanse "Safety 2016"



Innhenting og bruk av skadedata,

Onsdag 9. desember 2015, kl 10-14.30, KS-møtesenter Arena, Haakon VIIs gt 9, Oslo

Kunnskap om ulykker og årsakssammenheng er en forutsetning for å kunne gjøre et godt forebyggende arbeid. Det finnes mange kilder å hente kunnskap fra. På vårt årlige seminar om innhenting og bruk av skadedata prøver vi å samle ressurspersoner fra ulike sektorer; de som innhenter og registrerer skadedata, og de som omsetter kunnskapen til praktiske forebyggingstiltak.

I år får du høre om skaderegistrering ved Oslo legevakst, om henvendelser til Giftinformasjonen, om avviksregistrering og skadeforebygging i byggebransjen og om "Idrettsskader, fra forskning til praksis".



Gode boligløsninger på eldre dager

Torsdag 10. desember kl 10-14.30, KS- møtesenter Arena, Haakon VII's gate 9, Oslo

Vi viderefører seminarserien om aldring, vitalitet og livskvalitet. I fjor så vi nærmere på levekår, fysisk aktivitet, ernæring og forbruksmønster. I år har vi valgt å se på boligløsninger. Etter fjorårets konferanse kunne vi konstatere at forutsetningene for en aktiv og vital alderdom er gode i Norge, men det krever egeninnsats og fokus på forebygging.

På årets seminar skal vi belyse plantinking i forhold til nybygging, fleksible boligløsninger og boligens utforming og plassering. Vi skal også se på hva man kan gjøre inne i boligen for legge til rette for å bli boende i egen bolig så lenge som mulig, også når kreftene og hukkommelsen begynner å svikte. Program og informasjon. Påmelding til post@skafor.org, innen 1. desember 2015



Verdens helseorganisasjon, WHO, inviterer til internasjonal konferanse;

"From Research to implementation" i Tampere, Finland, 18. -21. september 2016.

WHO's temakonferanse "Injury prevention and safety promotion" blir normalt arrangert annet hvert år. Konferansen er en viktig møteplass for forskere og praktikere innenfor fagfeltet. I plenumssesjonene vil du møte noen av verdens ledende forskere. Det er allerede registrert ca 1.000 abstraktsjonene – men fristen er allikevel forlenget til 30. november, slik at flere skal få mulighet til å melde inn forskningsresultat og prosjekter. Mange av Skafors kontakter arbeider med spennende forebyggingsprosjekter – vi oppfordrer medlemmer og samarbeidspartnere å sende inn abstracts.

Som en del av hovedkonferansen inviterer Safe Communities europeiske nettverk (ESCON) til konferanse om lokal skadeforebygging. "ESCON-konferansen" vil være åpen for alle deltakerne på Safety 2016. Det blir en unik mulighet til å møte og utveksle erfaringer med kommuner som arbeider med Safe Community- / Trygge lokalsamfunn-modellen, og kommuner og organisasjoner som på andre måter arbeider for økt trygghet på lokalt plan. Eva Vaagland i Skadeforebyggende forum er kontaktperson for ESCON-konferansen.

På www.skafor.org finner du mer informasjon om disse og andre aktiviteter.

Der kan du f eks lese om flytende refleks, Aqua kids og andre kreative ideer utviklet av studenter da HIOA i samarbeid med Skadeforebyggende forum arrangerte Innovation Camp.

God november!

Hilsen Eva Vaagland ([Eva Jakobson Vaagland eva.vaaqland@skafor.org](mailto:eva.jakobson.vaaqland@skafor.org))

Daglig leder i Skadeforebyggende forum.

Referansekode i 'Helserådet': SKA 2015-18. Stikkord: Skadeforebyggende forum.

Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) 4.11.2015:

Hvordan er ledelse forbundet med sikkerhet på arbeidsplassen?

Ledelse er ansett som den enkeltfaktor som har størst betydning for sikkerhet, og det foreligger derfor en rekke vitenskapelige studier som har undersøkt sammenhenger mellom ulike former for ledelse og ansattes vurdering av sikkerhet. Har dette begrenset vår forståelse av ledelse og sikkerhet?

Artikkelen er knyttet til temaet [Ulykker og skader](#) (direkte klikkbar lenke)

En svakhet ved eksisterende forskning er at hovedvekten av studier utelukkende har undersøkt konstruktive former for ledelse ved bruk av tverrsnittsdesign, dvs. studiedesign med ett enkelt måletidspunkt. Dette gir enkeltstående bilder, men sier ikke noe om en eventuell sammenheng. Forskere ved Statens arbeidsmiljøinstitutt og Universitetet i Bergen har derfor sett på ledelse og sikkerhet i en undersøkelse som har gått over lenger tid, med flere måletidspunkter.

Hva er sikkerhet i denne sammenhengen?

I jobbsammenheng henviser sikkerhet til de retningslinjer og prosedyrer en organisasjon har iverksatt for å beskytte og ivareta ansattes helse og trivsel.

Begrenset forståelse av ledelse og sikkerhet

I en ny studie, fra disse forskerne, blir det hevdet at dette ensidige fokuset på konstruktiv ledelse og restriksjoner knyttet til hvordan en har studert ledelse (tverrsnittsdesign) har begrenset vår forståelse av ledelse på tre måter:

- Vi vet svært lite om hvordan destruktive former for ledelse påvirker sikkerhet,
- Vi vet ikke om konstruktive og destruktive ledelsesformer har en effekt på sikkerhet over tid
- Vi vet ikke om sikkerheten på en arbeidsplass påvirker ansattes opplevelse av ledelse.

Konstruktiv ledelse

Konstruktiv ledelse henviser her til en leder som menes en form for ledelse som både ivaretar og utvikler sine medarbeidere, samtidig som han/hun ser til at oppgaver og mål blir utført og oppnådd. En leder med denne stilen arbeider for bedriftens mål, samtidig som medarbeidernes individuelle behov blir imøtekommet.

Laissez-faire-ledelse

Laissez-faire-ledelse er en lederstil som verken er opptatt av mennesker eller oppgaver. Laissez-faire-ledere trekker seg ut av ledelses-situasjonen og gir gruppen total frihet ved strengt tatt ikke å bidra med noen form for styring.

Tyrannisk ledelse

En tyrannisk leder er en leder som er direkte destruktiv i forhold til sine medarbeidere. Dette er en type leder som oppnår resultater på bekostning av sine medarbeidere, og vedkommende tar gjerne æren for ansattes arbeidsinnsats. Slike ledere ydmyker medarbeiderne, kommer med urettmessige anklager og bagatelliserer deres initiativ. De er tidvis også tilbøyelige til å bakvaske og manipulere sine underordnede.

Sikkerhet kan påvirke ansattes opplevelse av ledelse

I tråd med tidligere forskning viste resultatene at konstruktiv ledelse var forbundet med forbedret sikkerhetsopplevelse seks måneder senere. Det ble imidlertid også funnet at ansatte som opplevde lederen som laissez-faire opplevde sikkerheten som dårligere over tid.

I tillegg ble det funnet at ansatte som allerede hadde en negativ opplevelse av sikkerheten vurderte sin nærmeste leder som mer tyrannisk etter seks måneder, noe som indikerer at sikkerhet på en arbeidsplass kan påvirke hvordan ansatte opplever utøvelse av ledelse.

Betydning i praksis?

For praksisfeltet innebærer funnene at organisasjoner som er opptatt av sikkerhet bør utvikle ledere som evner å ivareta og utvikle sine medarbeidere. Er sikkerheten allerede dårlig er det særdeles viktig å iverksette forbedringstiltak så tidlig som mulig for å unngå at det utvikler seg en gjensidig destruktiv dynamikk i samspillet mellom ansatte og ledelse.

Om studien

For å undersøke gyldigheten av disse påstandene ble det gjennomført en spørreskjemaundersøkelse blant 683 norske offshoreansatte i oljeindustrien med to måletidspunkt over seks måneder. Deltakerne ble bedt om å svare på en spørsmål om sikkerhet, samt vurdere sin nærmeste leder ved bruk av instrumenter som kartla konstruktiv, laissez-faire (la-det-skure ledelse) og tyrannisk ledelse.

Framtidig forskning

Resultatene fra studien har implikasjoner for kommende forskning. Med hensyn til forskning viser funnene at framtidige studier må inkludere både konstruktive og destruktive former for ledelse, samt et tidsaspekt, for å kunne gi et mest mulig korrekt bilde av dynamikken i ledelse og sikkerhet.

Du får også tilgang til denne artikkelen samt til en del relatert materiale ved å gå inn på eller klikke på <https://stami.no/hvordan-er-ledelse-forbundet-med-sikkerhet-pa-arbeidsplassen/>.

Referansekode i 'Helserådet': ARB 2015-26. Stikkord: Sikkerhet på arbeidsplassen. Skader. Ulykker. Ledelse.

Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) 4.11.2015

Kurs i aktuell arbeidsmedisin – Januarkurset

STAMI inviterer til kurs i aktuell arbeidsmedisin 27.–28. januar 2016. Med dette kurset ønsker STAMI å gi relevant, nødvendig og motiverende kunnskap om arbeidsmiljø og helse. Kurset retter seg mot arbeidsmedisinere, men er åpent også for andre med interesse for sammenhengen mellom arbeidsmiljø og helse.

[Les mer](#)

Referansekode i 'Helserådet': ARB 2015-27. Stikkord: Kurs i arbeidsmedisin.

Fra Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI). Nyhetsbrev uke 46/2015. 11.11.2015.

Arbeidsrelatert eksponering for luftbåren forurensning offshore

Oljeboring har en drevet med i mer enn 150 år, og i dag er flere enn 3500 oljerigger i virksomhet over hele verden. I en nylig studie fra Statens arbeidsmiljøinstitutt har forskere sett på luftkonsentrasjoner av oljebaserte borevæsker (mud) i forbindelse med boring etter olje og gass. Forskerne fant borevæske i arbeidsatmosfæren, både ved innendørs og utendørs arbeidsoperasjoner.

Artikkelen er knyttet til temaet [Luftveislidelser](#) (direkte klikkbar lenke)

For første gang kan forskere ved STAMI i en vitenskapelig studie vise, og evaluere, betydningen av mekanisk genererte versus termalt dannede partikler i arbeidsluften.

Den generelle eksponeringen for oljetåke og oljedamp er generelt sett er lav, men dette bør likevel tas på alvor og knyttes opp til risikovurdering siden flere av de benyttede kjemiske komponentene kan ha irriterende og eventuelt etsende egenskaper.

I den nylig publiserte studien så en at eksponeringen for oljetåke og oljedamp var høyere på flyttbare rigger sammenliknet med stasjonære rigger. Luftkonsentrasjonene av oljetåke, oljedamp og borevæske var høyere inne i shaker-området enn utenfor. En fant også at borearbeiderne var noe eksponerte for dieseleksos ved ulike tilfeller.

Studien viste også at det var høyere konsentrasjoner av oljedamp på shaker-rom sammenliknet med andre arbeidsområder. Luftkonsentrasjoner av borevæske i shaker-rom var delvis assosiert med bruk av trykkvask. Konsentrasjonene var også opptil 2.5 ganger høyere ved personlig prøvetaking sett i forhold til stasjonær prøvetaking.

En fant ingen statistisk signifikante forskjeller i luftkonsentrasjonene mellom eldre og nyere rigger. Ved å justere for temperatur i borevæsken ved for øvrig sammenliknbare rigger i type og alder, forsvant forskjellene mellom flyttbare og stasjonære rigger. Dette tyder på at forskjeller i luftbåren forurensning er avhengig av temperaturen i borevæsken, og at høyere temperaturer øker mengde oljetåke og oljedamp i arbeidsluften.

Oljearbeidere

– Oljeborere utsettes for luftbåren forurensning i sitt arbeid. I denne studien har vi derfor forsøkt å kartlegge oljearbeidernes eksponering for luftbåren forurensning ved normalt arbeid med bruk av oljebasert borevæske. Vi har undersøkt alle arbeidsområdene til oljearbeiderne som jobber med borevirksomhet, sier Niels Kirkhus, PhD-stipendiat ved STAMI.

I norsk sektor bruker ofte borerne å alternere mellom boregulv, borevæsketanker, pumperom og shaker. I shakerrommet fraktes borevæsken i delvis åpne systemer og partikler generert herfra kan forurense arbeidsluften. På de andre arbeidsplassene fraktes borevæsken i lukkede system, selv om borevæskesøl ved ulike tilfeller kan bidra til en forurensning av arbeidsluften. I arbeidet benyttes også dieselgeneratorer, noe som kan medføre en potensiell eksponering for dieseleksos.

I studien så en at arbeiderne i gjennomsnitt arbeidet 25 prosent av sin tid i shaker-rommet, hvor eksponeringen var høyest. Den resterende tiden av arbeidsskiftet fordelte seg med 47 prosent på boregulv, 9 prosent i borevæske-tankene (mud pit) og pumperom samt 19 prosent fordelt på andre plasser og områder.

Om oljeboring

Oljeboring offshore, både på flyttbare og stasjonære rigger, gjennomføres i forbindelse med både leteboring og utvikling av oljefelt. I borevirksomheten benyttes en smørevæske (oil mud) for å fjerne stoff fra borehullet.

Olje som returneres til riggen pumpes til såkalte shakers som vibrerer for å fjerne boreslam før oljen gjenbrukes eller lagres i borevæsketanker (mud pits).

Påvirkning på helse?

Borevæsken er en kompleks blanding av ulike kjemikalier som både skal smøre boret, stabilisere brønnen og opprettholde/kontrollere trykket i brønnen. Borevæsker kan være både vann- og oljebaserte. De oljebaserte består av rundt 50 prosent baseolje, mens resten er ulike saltløsninger, mineraler og kjemikalier.

Mange av de kjemiske tilsetningene kan ha irritative eller etsende egenskaper. Derfor kan eksponering for luftbåren boreveske i partikkel-form forårsake andre helseeffekter enn tidligere sett i studier fra annen mekanisk industri.

Du får også tilgang til denne artikkelen samt en del relaterte artikler ved å gå inn på eller klikke på <https://stami.no/arbeidsrelatert-eksponering-for-luftbaren-forurensning-offshore/>.

Referansekode i 'Helserådet': ARB 2015-28. Stikkord: Luftforurensning. Offshore.

Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) 18.11.2015:

Muggsoppartikler og helseeffekter

I arbeid hvor vi eksponeres for muggsopp, inhalerer vi muggsoppartikler som varierer i type, størrelse og form, og som kan indusere ulike immune reaksjoner og helseeffekter i de øvre og nedre luftveiene, alveolene og øyne. Slik eksponering for muggsoppartikler kan være assosiert med flere helseproblemer blant annet øye- og luftveisirritasjoner, allergi og infeksjoner, viser forskning fra blant annet Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI).

Artikkelen er knyttet til temaet [Partikler og kjemikalier - røyk, gass, støv](#) (direkte klikkbar lenke)

Alle muggsopper danner substanser som er potensielle antigener eller allergener. Luftbårne muggsoppartikler vil dermed innholde slike substanser. Når de kommer i kontakt med øye, luftveier og magesystemet kan de forårsake forskjellige immunreaksjoner.

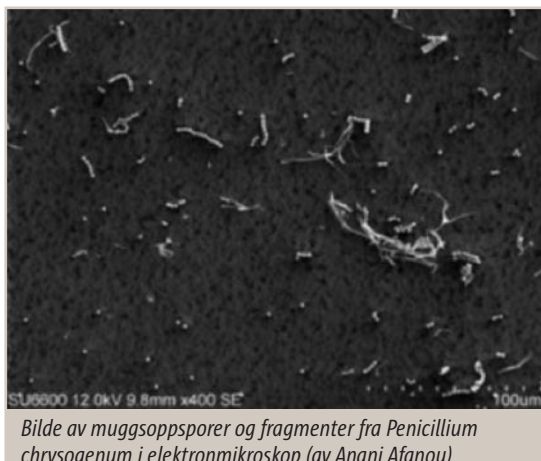
Deponering på slimoverflater induserer slimhinneirritasjon som kan føre til konjunktivitt eller astma som kan være allergisk betinget. Eksponering for meget høye nivåer kan gi kortvarige influensa-lignende reaksjoner med feber som ofte går over uten vedvarende plager. Men det kan også utvikles til allergisk lungebetennelse som er mer alvorlig. Langtids eksponering for muggsoppartikler kan øke risikoen for effekter i luftveiene som fall i lungefunksjon, kronisk bronkitt, ikke-allergisk astma og sinusitt.

Måling og vurdering av soppeksponeering

I flere tiår har måling og vurdering av soppeksponeering vært basert på sporer som soppen frigjør under vekst. De siste årene har vi fått økt kunnskap om at muggsoppartikler som frigjøres til luft er en kompleks sammensetning av fragmenter og sporer. Fragmenter omfatter partikler fra hyfer og sporer i forskjellige størrelser og former.

Høy eksponering for sopp sporer i arbeidsmiljø er assosiert med utvikling av allergisk alveolitt hos bønder og sagbruksarbeidere. I inneklime derimot har ikke man funnet noe signifikant sammenheng mellom sopp sporer og helseplagene hos personer som bor eller jobber i bygninger med fuktskade og muggvekst.

Påvisning av soppfragmenter i luftprøver i inneklime hvor en har sopp skader, tyder på at vi kan eksponeres for mer enn bare sporer. Det er derfor mulig at diverse helseplager som rapporteres etter opphold i fuktskadede bygninger kan relateres til både sporer og fragmenter.



Bilde av muggsopp sporer og fragmenter fra *Penicillium chrysogenum* i elektronmikroskop (av Anani Afanou)

Muggsoppartikler i forskjellige former, og størrelser

Muggsoppartikler forekommer i forskjellige størrelser og former, og dette påvirker hvor de deponeres i luftveiene. Mengden antigener, mykotoksiner og allergener som deponeres er også avhengig av partikkelstørrelsen.

Luftbårne sporepartikler samlet fra *A. fumigatus*, *A. versicolor* og *Penicillium chrysogenum* i en eksperimentell undersøkelse viser lengder på 2,4 -15µm. Formen til enkelte sporer er nær sfæriske mens aggregater er avlange og fiberlignende. Fragmenter er også heterogene med små og store fragmenter i forskjellige lengder: 0,52 - 13µm. De fleste fragmenter er avlange og fiber lignende.

Muggsoppartikler omfatter fragmenter og sporepartikler. Sporepartikler kan være enkle sporer og aggregater av to eller flere sporer. Fragmenter varierer i størrelse fra små (<1µm) til store (>10µm).

Kvantifisering av både fragmenter og sporer er nødvendig for en bedre karakterisering av soppeksponeeringen. I en nylig gjennomført studie, fant forskere fra Statens arbeidsmiljøinstitutt at sammensetning en av muggsoppartikler generert i laboratorieforsøk varierte mellom sopparter. Luftbårne partikler samlet fra kulturer fra *Aspergillus fumigatus* inneholder flere enkle sporer i forhold til fragmenter, mens kulturer fra *Aspergillus versicolor* og *Penicillium chrysogenum* frigjorde flere små fragmenter enn sporer. Dette indikerer at eksponering for små fragmenter vil kunne være høyere enn eksponering for sporer i bygninger med fuktproblemer hvor disse muggsoppartene ofte finnes.

Muggsoppartikler i luftveiene

Deponering i luftveiene er avhengig av partiklenes aerodynamisk diameter (den teoretiske diameter til en kuleformet partikkel med tetthet på 1g/cm³ som ville falle like fort i luft som den virkelige partikkelen). Denne påvirkes av partikkel størrelse, form og tetthet. Partikler med forskjellige aerodynamiske egenskaper vil deponere i forskjellige regioner i luftveiene. Siden muggsoppartikler forekommer som små og store fragmenter, enkle sporer og sporeaggregater, vil de kunne deponere i alle delene av luftveiene: nese- og strupehode regionen, luftrør og bronkiene, og i alveolene. Muggsoppartikler kan derfor indusere immunreaksjoner og toksiske responser i de øvre og nedre luftveiene og i alveolene. De fleste små fragmenter, enkelspore og små aggregater (< 3 sporer) forventes å nå dypst ned i lungene. En amerikansk simuleringstudie har rapportert at opp mot 17 prosent av inhalerte små fragmenter versus 14 prosent av enkle sporer fra *Aspergillus versicolor* deponeres i alveolene hos en voksen mann. Sporeaggregater (> 3 sporer) i luftveiene er mer komplisert å forutsi grunnet deres aerodynamiske diameter som varierer i forhold til om de er kompakte eller kjedeformet. Kompakte aggregater deponeres mest i de øvre og nedre luftveiene avhengig av størrelse. Kjedeformede aggregater kan nå lenger ned fordi deres aerodynamiske diameter øker lite selv når lengden øker. Det samme gjelder for store fragmenter med fiberform. Samtidig kan meget lange fiberformede partikler deponeres lenger opp i luftveiene. Dette fordi de får større sannsynlighet for å treffe bronkieveggen. Store fragmenter vil sannsynligvis deponeres i nese- og strupehode. Effekten av antigener/allergener vil variere i forhold til partikkel type og størrelse. Det betyr at store sporeaggregater og fragmenter vil inneholde flere antigener enn små fragmenter.

Muggsoppartikler og potensielle helseeffekter

Toksikologiske undersøkelser har vist at mus som eksponeres for forskjellige typer muggsoppartikler fra *A. fumigatus* og *P. chrysogenum* utvikler to former av lungebetennelse med økt antall av lunge nøytrofiler og eosinofiler. Sporer i hviletilstand induserer mest ikke-allergisk betennelse mens spirende spore og hyfer kan forårsake allergiske inflammasjon.

Nyere forskning viser at lange og fiberlignende muggsoppartikler kan føre til at nøytrofile celler skyter ut ekstracellulær nett feller (NET) fullt av reaktive oksidative arter (ROS) i kontrast til små fragmenter og enkle sporer som blir lett omsluttet og fjernet (fagocyttert) av makrofager.

Dette er hele artikkelen fra STAMI. Du får også tilgang til den ved å gå inn på eller klikke på <https://stami.no/muggsoppartikler-og-helseeffekter/>. Du får da også tilgang til en del relaterte emner.

Referansekode i 'Helserrådet': ARB 2015-29. Stikkord: Muggsopp.

Effekt av primærforebyggende tiltak mot stress og belastninger for yrkesaktive

Publisert 10.11.2015

Meneses J, Kirkehei I, Berg RC. Effekt av primærforebyggende tiltak mot stress og belastninger for yrkesaktive. Notat – 2015. ISBN 978-82-8121-977-9

- Hovedfunn
- [Hele publikasjonen](#) (direkte klikkbar lenke)

Kunnskapssenteret ved Seksjon for velferdstjenester fikk i oppdrag fra Helsedirektoratet å utføre et systematisk litteratursøk med påfølgende sortering av mulig relevante publikasjoner. Oppdraget var å finne forskning om effekt av primærforebyggende tiltak for å hindre stress og belastninger blant yrkesaktive.

Metode

Vi utarbeidet søkestrategi for et systematisk litteratursøk. Vi søkte i relevante forskningsdatabaser i september 2015. To forskere gikk uavhengig av hverandre gjennom identifiserte referanser og vurderte relevans i forhold til inklusjonskriteriene.

Resultater

- Vi identifiserte totalt 118 relevante referanser
 - 3 mulige oversikter over oversikter
 - 22 mulige systematisk oversikter
 - 93 randomiserte kontrollerte studier
- 84 av studiene var publisert mellom 2010-2015
- 8 av de randomiserte kontrollerte studiene var fra et nordisk land
- Det var flest studier som omtalte tiltak rettet mot helsepersonell, slik som sykepleiere og leger
- Det var også mange studier som beskrev tiltak rettet mot lærere, industriarbeidere, kontorarbeidere og statlig ansatte
- De to hyppigst undersøkte tiltakstypene var psykoedukative tiltak og mindfulness (oppmerksomt nærvær)

Det fins mye oppsummert forskning og primærforskning på effekten av primærforebyggende tiltak for å hindre stress og belastninger blant yrkesaktive. Mye av forskningen er rettet mot helsepersonell og omhandler psykoedukative tiltak og mindfulness. I dette systematiske litteratursøket med sortering har vi ikke lest artiklene i sin helhet og dermed ikke vurdert studienes metodiske kvalitet eller sammenstilt resultatene. Vi kan derfor ikke trekke noen konklusjoner angående studienes resultater. En full systematisk oversikt eller formidling av oppsummert forskning vil kunne gi et godt grunnlag for å vurdere effekten av primærforebyggende tiltak for å hindre stress og belastninger blant yrkesaktive.

Referansekode i 'Helserrådet': ARB 2015-30. Stikkord: Stress. Belastninger.

Kjøttprodukter kan være kreftfremkallende *(forskning.no 26.10.2015)*

Å spise bearbejdede kjøttprodukter og rødt kjøtt kan føre til kreft i tarmen, ifølge Verdens helseorganisasjon. **NTB**

Verdens helseorganisasjon (WHO) publiserte mandag [nye funn](#) (direkte klikkbar lenke) som trolig vil blåse liv i debatten om hvor mye kjøtt vi bør spise.

– Risikoen for å utvikle tykktarmskreft øker i takt med mengden kjøttprodukter og rødt kjøtt som konsumeres, opplyser Kurt Straif ved International Agency for Research on Cancer (IARC).

En gruppe på 22 eksperter fra 10 forskjellige land gjennomførte IARCS undersøkelse, og kom fram til resultatene basert på nøye gjennomgåelse av den eksisterende vitenskapelige litteraturen på emnet.

Se hele artikkelen fra forskning.no samt en del relatert materiale ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/mat-og-helse-kreft/2015/10/who-kjottprodukter-kan-vaere-kreftfremkallende>.

Referansekode i 'Helserrådet': ERN 2015-78. Stikkord: Kjøttprodukter. Tarmkreft. Cancer coli.

Fett-kutt ikke den beste slankemetoden *(forskning.no 30.10.2015)*

Lavfett-dietter er ikke bedre enn andre slankeregimer, viser en ny studie. Dermed fortsetter debatten om hvordan man best kommer seg ned i vekt. **NTB**

En gjennomgang av 53 vitenskapelige studier, som omfatter mer enn 70 000 voksne mennesker fra flere forskjellige land, viser at det ikke finnes «noen gode bevis for å anbefale lav-fett-dietter», sier en av forfatterne, Deirdre Tobias ved sykehuset Brigham and Women's Hospital i Massachusetts.

– Forskingen støtter ikke lavfett-dietter som den optimale strategien for å gå ned i vekt, sier hun. Tvert imot viser studien at lavkarbodietter er mer effektive og kan gi over tre ganger så stort vekttap som en lavfett-diett.

Tobias sier at det trengs mer forskning for å finne enda bedre metoder for langsiktig vekttap og å holde på vekten. I en kommentar til forskningsresultatene, som er publisert i The Lancet Diabetes & Endocrinology journal, understrekes det at det totale vekttapet var lavt, uansett hvilken diett man valgte. Forskere peker derfor på at den enkle metoden med å spise mindre og trene mer kan være det mest effektive.

Dette er hele artikkelen fra forskning.no. Du får også tilgang til den samt til en del relatert materiale ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/mat-og-helse-slanking/2015/10/fett-kutt-ikke-den-beste-slankemetoden> .

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2015-79. Stikkord: Slankekur.

Rekord for grønnsaksspising i Norge *(forskning.no 6.11.2015)*

Nordmenn spiser nå 20 prosent mer frukt og grønt enn vi gjorde for ti år siden. Helsedirektoratet er fornøyd med utviklingen, men mener vi er langt fra kostholdsmålene foreløpig. **NTB**

Torsdag 5. november presenterte Helsedirektoratet sin årlige statusrapport for nordmenns matvaner i året som gikk. I 2014 kjøpte vi for eksempel 6 prosent mer grønnsaker enn året før.

– Tallene for forbruk av grønnsaker er de høyeste vi noen gang har sett, så det er bra, sier divisjonsdirektør for folkehelse, Linda Granlund. Rapporten inneholder tall tilbake til 50-tallet og er basert på matforsyningsstatistikk og forbruksundersøkelser. Her er Granlund svært fornøyd med at forbruket av grønnsaker, frukt og bær de siste ti årene har økt med omkring 20 prosent.

Se hele artikkelen fra forskning.no ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/mat-og-helse/2015/11/rekord-gronnsaksspising-i-norge> .

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2015-81. Stikkord: Kosthold. Grønnsaker.

Du spiser mer om du spiser i farta *(forskning.no 8.11.2015)*

Konsentrerer du deg om maten, så er det lettere å spise mindre.

Bård Amundsen, journalist.

En britisk studie gjort med et lite antall kvinner som deltagere, kan tyde på at det er lettere å kontrollere matinntaket om du følger litt med på spisingen. I allfall om du har som mål å gå ned i vekt.

Kvinnene ble delt i tre grupper, som alle fikk en sjokoladeplate å spise.

Den første gruppen fikk se fem minutter av TV-serien «Friends» mens de spiste en sjokolade. Den andre gruppen fikk beskjed om å gå fram og tilbake i en korridor mens de spiste. Den tredje gruppen satt ved et bord og førte en rolig samtale med en venn mens de satte til livs sjokoladen.

- Les også: **Eldre spiser mer sammen** (direkte klikkbar lenke)

Neste del av eksperimentet var å la de samme deltagerne få forsyne seg fra hver sine fire skåler med gulrotpinne, druer, sjokolade og potetgull.

Se hele artikkelen fra forskning.no som også gir tilgang til en del relevant materiale, ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/mat-mat-og-helse/2015/10/du-spiser-mer-om-du-spiser-i-farta> .

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2015-82. Stikkord: Spisevaner.

Forskerne aner ikke om melk er usunt (forskning.no 9.11.2015)

En stor evaluering av sammenhengen mellom melk og sykdom har vært resultatløs. Studiene gir ikke grunnlag for å kunne konkludere med noe som helst.

Catherine Jex, journalist i videnskab.dk

Kan melk øke risikoen for å utvikle kreft, hjerte- og karsykdommer og for tidlig død? Forskerne vet ikke.

I den hittil største metastudien – som undersøkte alle tidligere studier av sammenheng mellom melk og helserisiko – kunne forskerne ikke trekke meningsfulle konklusjoner.

Det at forskningen var utført på så mange måter, og med så store forskjeller i mengden av melk, får skylden.

– Det er som å sammenligne epler med appelsiner, forteller Karl Michaëlsson, som er professor ved Uppsala Universitet og medforfatter for studien.

- Les også: [Melkedrikkere i minst 5000 år](#) (direkte klikkbar lenke)

– I slike studier ender vi normalt med en samlet vurdering av risikoen for død eller sykdommer, men det var ikke mulig her. De tilgjengelige studiene var rett og slett for forskjellige.

– I land med et stort inntak av melk, er vi fortsatt bekymret for risikoen for hjerte- og karsykdommer, kreft og tidlig død. De medisinske anbefalingene har ikke endret seg – men vi trenger større studier før vi kan mene noe risiko for melkeprodukter, forklarer Michaëlsson. Den nye studien er utgitt i open access-tidsskrift Nutrients.

Se hele artikkelen fra forskning.no ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/mat-og-helse/2015/11/forskerne-vet-ikke-om-melk-er-usunt> . Da får du også tilgang til en del relatert materiale.

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2015-83. Stikkord: Melk.

Ble sunnere etter ni dager uten sukker (forskning.no 10.11.2015)

Barn med fedme ble sunnere etter sukkerfri diett, selv om kaloriinnholdet var det samme som de vanligvis får i seg. Men er det bevis nok for å si at det er sukkeret som er synderen?

Ulla Gjeset Schjøberg, journalist.

Fruktose er en spesiell type sukker vi finner igjen i frukt, vanlig sukker og høyfruktose maissirup.

- Les også: [Da forskningen viste at sukker var sunt](#) (direkte klikkbar lenke)

Den amerikanske forskeren Robert Lustig er overbevist om at det er nøyaktig dette sukkeret som er roten til økningen av blodtrykk, diabetes og fedme blant barn og ungdom.

Vil forby sukker til barn

Lustig mener fruktose er en saktevirkende gift og har uttalt seg om dette flere ganger i media. Blant annet har et av foredragene hans, *Sugar: the bitter truth* (direkte klikkbar lenke) over fem millioner visninger på YouTube.

I sommer uttalte han også til vg.no at [barn burde forbys å kjøpe godteri](#) (direkte klikkbar lenke)

Men forskeren møter fortsatt kritikk. Flere påpeker at [Lustig bare vektlegger én del av et større bilde](#) (direkte klikkbar lenke). Det blir rett og slett for enkelt å legge skylda på ett stoff.

Lustig gir seg likevel ikke. Nå har han og kollegene publisert en ny studie i tidsskriftet Obesity, som igjen setter fruktose i et dårlig lys. Men klinisk ernæringsfysiolog ved UiO, Christine Henriksen lar seg ikke imponere av Lustigs nye studie. Hun ser ingen grunn til å endre norsk praksis for behandling av barn med fedme etter å ha lest gjennom studien.

Se hele artikkelen fra forskning.no som også gir tilgang til en del relatert materiale, ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/mat-og-helse-overvekt-barn-og-ungdom/2015/11/ni-dager-uten-fruktose-hadde-stor-effekt-0> .

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2015-84. Stikkord: Diabetes. Sukker. Fruktose.

Kalsiumanbefalingene i Norge er trygge å følge

Kaja Helland-Kigen mener det er grunn til å tro at de norske kalsium-anbefalingene er trygge å følge.

Kaja Helland-Kigen, klinisk ernæringsfysiolog ved Opplysningskontoret for Meieriprodukter (Melk.no)

I SPALTEN «Aktuell forskning» i Dagens Medisin (18/2015) skriver Ingard Løge om en ny systematisk review fra en australsk forskergruppe (Bolland et al.), som ser på inntak av kalsium gjennom tilskudd og mat og risiko for brudd.

Løge skriver at det ikke er vitenskapelig grunnlag for kalsiumanbefalingene som gis til personer over 50 år.

TRYGT. Vi ønsker å presisere at dette er de amerikanske anbefalingene, som er høyere enn de norske. I USA anbefales 1000 mg kalsium om dagen i alderen 19–50 år, og 1200 mg for dem over 50 år. I Norge anbefales 800 mg kalsium daglig til alle over 18 år.

I 2012 ble bakgrunnen for de nordiske næringsstoffanbefalingene gjennomgått, og kalsiumanbefalingene ble ikke endret. Derfor er det grunn til å tro at anbefalingene vi har i Norge, er trygge å følge.

Se hele artikkelen fra Dagens Medisin ved å gå inn på eller klikke på http://www.dagensmedisin.no/artikler/2015/11/16/kalsiumanbefalingene-i-norge-er-trygge-a-folge/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2015-85. Stikkord: Kalsium i kosten. Melk.

Fisk og skaldyr er den mest radioaktive maten

Visste du at all mat vi får i oss inneholder radioaktivitet? Nå er det for første gang anslått hvor mye radioaktivitet som finnes i det norske kostholdet.

Jofrid Egeland, kommunikasjonsrådgiver. En artikkel fra [Statens strålevern](#).

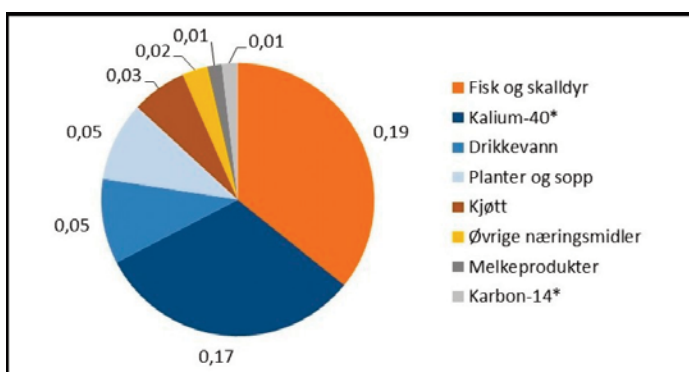
Mesteparten av de radioaktive stoffene som finnes i maten vår er helt naturlige.

Den gjennomsnittlige stråledosen vi får i oss fra radioaktiviteten i det norske kostholdet er på 0,53 millisievert (mSv) i året, viser beregninger sårdagiver Mari Komperød i Statens strålevern har gjort.

Denne stråledosen utgjør ti prosent av den totale dosen vi får fra all stråling, går det fram av rapporten [Stråledoser til befolkningen](#) (direkte klikkbar lenke). Rapporten oppsummerer hva forskerne vet om den samlede stråledosen befolkningen i Norge utsettes for.

- Les også: [10 spørsmål om radioaktivitet i naturen](#) (direkte klikkbar lenke)

Fisk og skaldyr er den matvaregruppen som inneholder mest radioaktivitet og som gir mest stråling. Grunnen er at sjømat, og spesielt skaldyr, inneholder mer av de naturlig radioaktive stoffene radium og polonium-210 enn annen mat.



Diagrammet viser den årlige beregnede gjennomsnittsdosen (mSv per år) fra både naturlige og menneskeskapt radioaktive stoffer fordelt på ulike næringsmiddelgrupper.

* En liten, konstant andel av alt kalium og karbon er radioaktivt. De radioaktive stoffene kalium-40 og karbon-14 er til stede i så godt som alle matvarer og gir forholdsvis konstante stråledoser uavhengig av hva man spiser. Derfor er dosene fra disse stoffene presentert for seg selv. (Illustrasjon: Mari Komperød)

Tidligere har forskerne anslått hvor mye stråling som kommer fra maten ut fra internasjonale matvareundersøkelser og radioaktivitetsnivåer. Denne gangen har man for første gang

beregnet den samlede strålingen fra mat og drikkevann i Norge. Det er Mari Komperød som har beregnet dette og arbeidet hennes er basert på Helsedirektoratets kostholdsundersøkelser og norske radioaktivitets-data.

Se hele artikkelen fra forskning.no ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/mat-og-helse-radioaktivitet/2015/11/fisk-og-skaldyr-er-den-mest-radioaktive-maten>.

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2015-86. Stikkord: Radioaktivitet.

Derfor reduserer omega-3 risikoen for sykdom *(forskning.no 25.11.2015)*

Nå forstår norske forskere mer hvordan omega-3 egentlig virker. Ødelagte søppelproteiner inne i cellene våre kan føre til sykdom og omega-3 hjelper cellene med å fjerne disse skadelige stoffene.

Anne Lise Stranden, journalist

De som spiser mye fet fisk og annen sjømat har mindre risiko for mange sykdommer, som kreft og hjerte-kar-sykdommer. Forskere har derfor lenge fortalt oss at omega-3 er bra for helsen.

I fet fisk og tran er det flerumettede omega-3-fettsyrer, men hva er det med disse stoffene som motvirker sykdommer?

Det ville forskere ved senter for molekylær inflammasjonsforskning ved NTNU finne ut mer om. De nye innblikkene i hvordan disse fettsyrene virker i kroppen ble nylig publisert i en artikkel i tidsskriftet *Autophagy*.

Stipendiat Ida Johansson ved NTNU forklarer hva de fant.

Men først forklarer hun litt om hva som skjer i kroppen, etter hvert som vi blir eldre.

Se hele artikkelen fra forskning.no som også gir tilgang til en del relaterte artikler, ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/2015/11/derfor-reduserer-omega-3-risikoen-sykdom>.

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2015-87. Stikkord: Omega-3.

Vestkantungdom har det best *(forskning.no 11.11.2015)*

Ungdom på Oslos vestkant har best helse, er mest fornøyd og lever et sunnere og mer aktivt liv enn ungdom som vokser opp andre steder i Oslo.

Sonja Balcj, rådgiver. En artikkel fra *Høgskolen i Oslo og Akershus*.

Det er store forskjeller mellom ungdommer i byene, der de med bakgrunn fra høyere sosiale lag skårer høyest på flere indikatorer. Også i resten av landet har ungdommenes sosiale bakgrunn stor betydning for livskvalitet og deltakelse på mange områder.

Dette kommer fram i de siste Ungdata-undersøkelsene fra 2014 og 2015 som er gjennomført i 187 kommuner og tre fylkeskommuner. Mer enn 115 000 ungdommer har deltatt.

– Vi ser at det er sosiale forskjeller på veldig mange områder i ungdommers liv. Det gjelder blant annet på områder som helse, treningsvaner, kosthold og skole, påpeker forsker Anders Bakken ved Nova på Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA).

– Selv om Norge er et land som er preget av sterk likhetsideologi og der de økonomiske forskjellene i samfunnet er små, er det likevel slik at ungdommenes sosiale bakgrunn har stor betydning for ungdoms livskvalitet og for deltakelse på mange områder, sier han.

– Disse forskjellene vil trolig ha konsekvenser for ungdommenes framtidige levekår og muligheter i det norske samfunnet.

Se hele artikkelen fra forskning.no samt en del relatert materiale ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/samfunn-barn-og-ungdom/2015/11/vestkantungdom-har-det-best>.

Referansekode i 'Helserådet': ULI 2015-16. Stikkord: Vestkantungdom.

Poliovaksine tilgjengelig igjen

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=116388> .

Folkehelseinstituttet har fått inaktivert poliovaksine (Imovax Polio, SPMSD) til lager igjen.

Folkehelseinstituttet jobber med å sikre tilstrekkelig leveranse av Imovax Polio framover, men flyktningssituasjonen, og dermed behovet for vaksinedoser, er usikkert. Det kan derfor bli nye perioder hvor vi ikke kan levere denne vaksinen.

Publisert: 28.10.2015, endret: 28.10.2015, 14:30

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015-222. Stikkord: Poliovaksine.

Ingen tegn til sammenheng mellom HPV-vaksine og POTS eller CRPS

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=116543> .

De europeiske legemiddelmyndighetene (EMA) har etter en ny gjennomgang konkludert med at det ikke er noe som tyder på at HPV-vaksine gir økt risiko for å utvikle syndromene POTS og CRPS.

Bakgrunnen for gjennomgangen har vært at det i Danmark har blitt stilt spørsmål til om jenter som har fått HPV-vaksinen har økt risiko for diagnosene POTS (postural orthostatic Tachycardia Syndrome) og CRPS (complex regional pain syndrome).

Norske myndigheter har fulgt situasjonen nøye og det europeiske legemiddelkontoret (EMA) startet sommeren 2015 en grundig gjennomgang for å avklare hvorvidt bruk av HPV-vaksiner kan gi økt risiko for POTS. EMA konkluderer med at det ikke er holdepunkt for at HPV-vaksinering forårsaker POTS eller CRPS.

POTS kjennetegnes ved økning i hjerterefrekvens når pasienten reiser seg fra liggende til stående stilling, ustabil blodtrykk, tretthet, svimmelhet og besvimelser. CRPS er en tilstand som gir kroniske smerter i armer og ben.

Overvåkingen av mulige bivirkninger etter vaksinasjon opprettholdes på samme måte som tidligere. Folkehelseinstituttet overvåker i tett samarbeid med Legemiddelverket mulige bivirkninger av all vaksinasjon og ber helsepersonell melde mistenkte bivirkninger til Folkehelseinstituttet.

EMAs utredning gir ikke grunnlag for endringer i vaksinasjonsrådene, og anbefalingen om HPV-vaksine til jenter i 7. klasse er uendret.

Mer informasjon: (direkte klikkbare lenker)

- [Ingen sammenheng mellom HPV-vaksine og POTS og CRPS](#) (Statens legemiddelverk)
- [Oppmerksomhet rundt mistenkte bivirkninger \(POTS\) etter HPV-vaksinasjon i Danmark](#) (Folkehelseinstituttet)
- [Informasjon om vaksinebivirkninger](#) (Folkehelseinstituttet)

Publisert: 06.11.2015, endret: 06.11.2015, 15:11
Jeanette Stålcrantz

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015-223. Stikkord: HPV-vaksine. Vaksinebivirkninger.

Oppdaterte råd om håndtering av kusmautbrudd

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=116567> .

Ved utbrudd av kusma anbefaler Folkehelseinstituttet vaksine til uvaksinerte personer og de som kun har fått en dose med MMR-vaksine. I tillegg anbefales andre smitteverntiltak og råd til nærkontakter til personer med kusma.

Vaksine mot kusma

- Det er mulig å bli syk med kusma selv om man er fullvaksinert mot sykdommen, bekrefter Margrethe Greve-Isdahl, overlege ved Avdeling for vaksine, Folkehelseinstituttet.

- Det er beskrevet mindre utbrudd av kusma i andre land med høy vaksinasjonsdekning i befolkningen. Årsaken er at immuniteten mot kusma kan avta med tiden, og at vaksinen beskytter dårligere mot enkelte undergrupper av kusmavirus (1). Samtidig ser vi at de som er vaksinert ofte får et mildere sykdomsforløp og er mindre smittsomme enn uvaksinerte. Selv om noen fullvaksinerte blir syke, er dette antallet lavere enn i en uvaksinert befolkning. Det kan vi se fra antall tilfeller før og etter vaksinen ble innført. Og så vil jeg også presisere at selv om vaksinen ikke alltid gir fullgod beskyttelse mot kusma, er meslinge- og røde hunder-komponentene i vaksinen svært effektive, sier hun videre.

I Norge inngår vaksine mot kusma i MMR-vaksinen (vaksine mot meslinger, kusma og røde hunder) som tilbys i barnevaksinasjonsprogrammet. Første dose tilbys barn ved 15-måneders alder og andre dose ved 11-årsalder (6.klasse). Folkehelseinstituttet anbefaler generelt at alle som ikke har fått to doser MMR-vaksine, får tilbud om dette. Dette gjelder også studenter som kommer til Norge. Ved førstegangsvaksinasjon anbefales det at det går minst 3 måneder mellom dosene, men det er en fordel for immunresponsen om det går lengre tid.

MMR-vaksinen (mot meslinger, kusma og røde hunder) er gratis til alle og utleveres fra instituttet.



Tiltak ved utbrudd

Følgende tiltak anbefales ved utbrudd (flere tilfeller enn vanlig) av kusma.

1) Basale smitteverntiltak

Kusmaviruset smitter via nærdråpesmitte og deling av spytt. Under et utbrudd som nå er det viktig at alle som kan bli berørt vasker hendene ofte. Praktiser god helsehygiene og ikke del glass/ flasker eller spisebestikk med andre. Ved utvikling av symptomer på sykdom, se punkt 3.

2) Oppvaksinering av uvaksinerte/ufullstendig vaksinerte

Personer som mangler en eller begge doser med MMR-vaksine, eller som ikke har gjennomgått kusma, anbefales å la seg oppvaksinere. Personer som er usikre på hvilke vaksiner de har fått tidligere kan finne sin vaksinasjonsstatus på nettstedet [Mine vaksiner](#) (direkte klikkbar lenke) som er fullstendig for personer født fra og med 1996. Innlogging skjer ved hjelp av bank-ID. Alternativt må man finne vaksinasjonskort fra helsestasjon/skolehelsetjeneste.

3) Ved symptomer på kusma

Personer som har vært i nær kontakt med kusmasyke og selv utvikler symptomer som kan ligne på kusma (feber, hevelse i ansiktet, smerter), anbefales å ta rask kontakt med lege for undersøkelse og diagnose. Hvis legen også mistenker kusma bør det tas prøver og den syke anbefales å holde seg hjemme inntil prøvesvaret avkrefter diagnosen, eller inntil fem dager etter symptomstart.

4) Nærkontakter til syke personer

Effekt av en tredje vaksinedose til tidligere fullvaksinerte personer er ikke godt undersøkt. Det kan likevel vurderes å tilby en tredje dose til nærkontakter av kjente kusmasyke personer. Som nærkontakt regnes *husstandsmedlemmer; partnere, medlemmer av en kollektivgruppe* eller tilsvarende som har hatt *tett kontakt* med den syke i den smitteførende perioden. Vaksinasjon med en tredje vaksinedose utover disse gruppene anbefales ikke på generelt grunnlag. Dersom et slikt tiltak likevel vurderes i spesielle tilfeller, bør det gjøres i samråd med FHI.

Det er viktig å være klar over at vaksinen vil ha liten eller ingen effekt hvis man allerede er smittet. Man kan imidlertid få beskyttelse mot smitte på et senere tidspunkt. Personer som med sikkerhet tidligere har hatt kusma er immune, og har ikke behov for vaksine.

Anbefalinger for prøvetagning ved mistenkt kusma

Det er viktig å få tatt gode prøver hvis man mistenker kusma, og det bør tas både spytt og serum for å få best mulighet til å påvise viruset eller antistoffer.

Ved mistanke om kusma skal følgende prøver tas:

1. Serologiske prøver
2. Spyttprøver

Spyttprøver skal helst tas på eget glass med en Oracol munnpensel eller alternativt tas med penselprøve som brukes til å suge opp munnsekret og sendes på virus transportmedium. Prøven skal tas fra bakre svelgvegg og tonsiller samt prøve fra munnslimhinne ved innsiden av begge kinn og under tungen med samme prøvepinne. Hvis det ikke er mulig å få tak i slikt prøvetakingsutstyr, kan det sendes spytt i et sterilt glass. Lokale mikrobiologiske laboratorier, eventuelt barneavdelinger og infeksjonsavdelinger ved sykehus, har tilgjengelig utstyr og kan bistå med råd om prøvetaking.

Oracol munnpensel fås ved henvendelse til virologisk avdeling ved Folkehelseinstituttet som kan kontaktes på telefonnummer 21 07 67 51.

Prøven oppbevares i kjøleskap til det sendes til mikrobiologisk laboratorium. Rekvisisjonen skal utfylles med kliniske opplysninger, der det anføres eventuell tilknytning til kjent tilfelle med kusma samt symptomer. Under agenspåvisning skal det avkrysses for parotitt-virus.

- [Informasjon om prøvetaking og forsendelse for mikrobiologiske undersøkelser](#) (direkte klikkbar lenke)

Meldings- og varslingsplikt

Bekreftede tilfeller av kusma skal meldes til MSIS, dette gjelder også tilfeller som ikke er laboratoriebekreftet, men som har typiske symptomer og kjent nærkontakt med bekreftede tilfeller. Ved manglende laboratoriebekreftelse er det viktig å notere på MSIS-skjemaet at pasienten har vært i kontakt med bekreftede tilfeller.

Enkelttilfeller av kusma trenger ikke varsles per telefon, men utbrudd (flere tilfeller som er knyttet til hverandre) av kusma skal varsles til Folkehelseinstituttet (via telefon eller utbruddsvarslingssystemet Vesuv).

Referanse: Recent Resurgence of Mumps in the United States. Dayan GH et al, N Engl J Med 2008;358:1580-9
Publisert: 09.11.2015, endret: 10.11.2015, 13:42

Se også: (direkte klikkbare lenker)

- [Smittevernveilederen - Kusma - veileder for helsepersonell](#)
- [Vaksinasjonsboka - Kusmavaksinasjon - veileder for helsepersonell](#)

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015-226. Stikkord: Kusma. Kusmautbrudd.

Yrkesvaksinasjon for ansatte ved asylmottak

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=116561>.

Folkehelseinstituttet mottar flere spørsmål om behov for vaksinasjon av ansatte ved mottakssentre og asylmottak. Generelt gjelder de samme anbefalingene som for den øvrige befolkningen. Utover dette skal risiko for smitte vurderes av arbeidsgiver.

Det er en generell anbefaling at alle er beskyttet mot difteri, stivkrampe, kikhoste og polio (DTP-IPV-vaksine) og tar en oppfriskningsdose mot disse sykdommene når det har gått 10 år eller mer siden sist. I tillegg bør personer som ikke vet at de er vaksinert mot meslinger, kusma og røde hunder (MMR-vaksine) eller har gjennomgått sykdommene, få tilbud om MMR-vaksine. I noen tilfeller kan det være aktuelt med andre vaksiner. Noen aktuelle eksempler følger under:

- Hepatitt A-vaksine hvis ansatte spiser mat tilberedt av personer som kan ha akutt hepatitt A.
- Hepatitt B-vaksine hvis blodkontakt med mulig smitteførende personer eller stikk av brukte sprøytespisser kan forekomme.
- BCG-vaksine kan i enkelte tilfeller være aktuelt for uvaksinerte arbeidstakere < 35 år som har nærkontakt med mulige smittebærere i 3 mnd eller mer. Det er generelt liten risiko for å smittes med tuberkulose. Bare opphold på åtte timer eller mer i taleavstand til en person med lungetuberkulose vurderes som smitteeksponering. Få asylsøkere har tuberkulose. Undersøkelse med tanke på mulig tuberkulose er lovpålagt innen 14 dager etter ankomst, og gjøres vanligvis i transittmottak.

Det er derfor ingen grunn til at arbeidstakere som ikke har tett kontakt over lengre tid med mulig tuberkulose-syke personer skal tilbys BCG-vaksine. Det er for tiden mangel på BCG-vaksine i hele Europa, også i Norge. Ved knapphet på vaksine anbefaler Folkehelseinstituttet å prioritere de med størst medisinsk behov, det vil si de yngste barna med foreldre fra land med høy forekomst av tuberkulose. I Norge har alle født før ca. 1995 fått tilbud om BCG-vaksine i barnevaksinasjons-programmet. Revaksinasjon av tidligere vaksinerte med BCG-vaksine er ikke nødvendig.

- [Mer informasjon: Nettbasert veileder om vaksinasjon : Kap 1.10.2 Vaksinasjon av visse yrkesgrupper](#) (direkte klikkbar lenke)

Publisert: 09.11.2015, endret: 09.11.2015, 14:55

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015-227. Stikkord: Yrkesvaksinasjon. Asylmottak.

Vaqta – nå tilgjengelig for både barn og voksne

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=116583>.

Folkehelseinstituttet har nå både barkedoser og voksendoser av hepatitt A-vaksinen Vaqta på lager. Vaksinen er et alternativ til Havrix. Folkehelseinstituttet har en stund vært tom for Havrix voksendoser, men har fortsatt Havrix barkedoser på lager. Hepatitt A vaksinen Epaxal vil ikke komme tilbake.

Vaqta foreligger i ferdigfylt sprøyte. Den har markedsføringstillatelse i Norge, og er et alternativ til Havrix. Den foreligger til barn 1-17 år (0,5 ml - 25E/dose) og til voksne fra og med 18 år (1 ml - 50E/dose). Folkehelseinstituttet har nå begge dosestørrelsene på lager i følgende pakningsstørrelser:

- Vaqta 0,5 ml: 1-pakning (kr. 264,60)
- Vaqta 1 ml: 1-pakning (kr. 330,90) og 10-pakning (kr. 2937,90)

I likhet med Havrix består Vaqta av hepatitt A-virus dyrket i cellekultur av humane, diploide celler, inaktivert med formalin og bundet til adjuvans. Både Havrix og Vaqta gir mer enn 95 % beskyttelse mot sykdommen etter 2 doser. Overgangen fra barnedose (0,5 ml) til voksen-dose (1 ml) er 16 år for Havrix og 18 år for Vaqta.

For beskyttelse mot hepatitt A trengs én dose ren hepatitt A-vaksine. Den første dosen (basis-vaksinasjon) gir beskyttelse et års tid. For å sikre langvarig beskyttelse gis en oppfrisknings-dose tidligst etter 6 måneder. Grunnimmunisering med Havrix kan etterfølges av booster-dose med Vaqta, og omvendt. (Lenkene nedenfor er direkte klikkbare)

- [Preparatomtale Vaqta 25E/dose \(legemiddelverket\)](#)
- [Preparatomtale Vaqta 50 E/dose \(legemiddelverket\)](#)
- [Preparatomtale Havrix \(legemiddelverket\)](#)
- [Hepatitt A-vaksinasjon og normalt immunoglobulin \(vaksinasjonsveilederen\)](#)

Publisert: 10.11.2015, endret: 10.11.2015, 15:52

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015-229. Stikkord: Vaqta. Hepatitt A vaksine.

Engerix B kun tilgjengelig i 1-pakning

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=116575>.

Produsenten har valgt å avregistrere hepatitt B-vaksinen Engerix B 1ml i 25-pakning, og vil i løpet av første halvår 2016 lansere 10-pakning som erstatning. Denne forventes å bli tilgjengelig fra Folkehelseinstituttet sommeren 2016. Inntil videre foreligger Engerix B 1ml kun i 1-pakning.

Engerix B 0,5 ml er som vanlig kun tilgjengelig i 1-pakning.

Oppdatert informasjon om tilgjengelige preparater og priser finnes på våre nettsider:

- [Preparater og priser](#) (direkte klikkbar lenke)

Publisert: 10.11.2015, endret: 10.11.2015, 13:51

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015-230. Stikkord: Engerix B. Hepatitt B-vaksine.

Høst og vinter - høysesong for omgangssyke

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=116537>.

Høsten og vinteren er høysesong for omgangssyke forårsaket av norovirus. Det beste rådet for å unngå omgangssyke er god håndhygiene.

Norovirus er svært smittomt og ofte ansvarlig for utbrudd av omgangssyke i helseinstitusjoner. De syke er mest smittomme mens de kaster opp og har diaré, men de er også smittomme i en kort periode før symptomer starter og et par dager etter at symptomer har opphørt. Ved utbrudd av omgangssyke forårsaket av norovirus anbefales vask av hender med såpe og rennende vann. Alkoholbasert hånddesinfeksjon er mindre effektivt mot norovirus.

- [Råd for å forebygge omgangssyke forårsaket av norovirus i kommunale helseinstitusjoner](#) (pdf) (direkte klikkbar lenke)



Varsling av sykdomsutbrudd

Utbrudd av omgangssyke forårsaket av norovirus i helseinstitusjoner, skal varsles til Folkehelseinstituttet. Varsling kan skje ved hjelp av VESUV (vevsbasert system for utbruddsvarsling), på e-post eller telefon:

- [Varsling av utbrudd av smittsomme sykdommer](#) (direkte klikkbar lenke)

Publisert: 06.11.2015, endret: 09.11.2015, 10:14

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015-233. Stikkord: Omgangssyke. Norovirus.

Samtykke ved vaksinasjon av barn

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=116600> .

Etter en grundig lovtolkning har Helse -og omsorgsdepartementet (HOD) konkludert med at det er tilstrekkelig at den ene av foreldrene eller andre med foreldreansvar samtykker til vaksinasjon gjennom barnevaksinasjonsprogrammet.

Vaksinasjon gjennom barnevaksinasjonsprogrammet er å anse som helsehjelp, som et ledd i den daglige ordinære omsorgen av barnet. Hovedregelen er derfor det er tilstrekkelig at den ene av foreldrene eller andre med foreldreansvar samtykker til vaksinasjonen.

For vaksinasjon utenfor barnevaksinasjonsprogrammet er hovedregelen at begge foreldrene eller andre med foreldreansvar samtykker til vaksinasjonen. Mer informasjon: (direkte klikkbare lenker)

- [Samtykke fra foreldre ved vaksinasjon av barn \(Helsedirektoratet\)](#)
- [Brev: Samtykke fra foreldre ved vaksinasjon av barn \(Helsedirektoratet\)](#)

Publisert: 11.11.2015, endret: 11.11.2015, 16:36

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015-234. Stikkord: Vaksinasjon. Samtykke ved vaksinasjon.

Ny kortvarig leveringsstopp på Tetravac - bestilte doser restnoteres

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=116612> .

Det blir en ny leveringsstopp på Tetravac fra uke 46 og 2-3 uker framover. Bestillinger på Tetravac vil denne gangen bli restnotert, og sendt ut så fort vaksinen er tilgjengelig. Som tidligere annonsert har leveringssituasjonen på Tetravac lenge vært usikker, og Folkehelseinstituttet har oppfordret vaksinatorer til å vente med å planlegge Tetravac-vaksinasjon til de har mottatt vaksinen.

Folkehelseinstituttet har nå blitt lovet nok DTP-IPV-vaksine til å dekke barnevaksinasjonsprogrammet i 2015/2016, men på grunn av leveringsproblemene som har vært, sitter vi ikke med noe beredskapslager av denne vaksinen. Det kan derfor bli korte perioder hvor vi er tom for vaksine, i påvente av neste leveranse. Inntil annen beskjed blir gitt bør vaksinatorer fortsatt vente med å planlegge skolevaksinasjon og annen vaksinasjon med Tetravac til de har bestilt og mottatt vaksinen.

Publisert: 12.11.2015, endret: 12.11.2015, 13:44

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015-236. Stikkord: Tetravac. Vaksineleveranse.

En spesiell virusvariant dominerer i kusmautbruddet blant studenter

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=116624> .

I disse dager pågår det et kusmautbrudd som hovedsakelig har spredt seg i studentmiljøet. Hvorfor oppstår utbrudd av kusma i en befolkning hvor nesten alle er vaksinert mot sykdommen?

MMR-vaksinen gir god beskyttelse mot kusma, meslinger og røde hunder og inngår i det norske barnevaksinasjonsprogrammet. Anbefalingen er at barna får to doser, den første ved 15-måneders alder, den andre i 6. klasse. Nesten alle barn, over 93 prosent, blir vaksinert i Norge. Når mange er vaksinert vil et eventuelt utbrudd av sykdommen bli begrenset.

Vaksinerte er mindre syke og mindre smittefarlige

Likevel kan noen som har fått vaksine bli syke. Kusmautbruddet i studentmiljøet er eksempel på det. De som er vaksinerte ser imidlertid ut til å få et mildere forløp av kusma enn uvaksinerte. Vaksinerte personer er også mindre smittsomme enn uvaksinerte. Utbruddet blant studenter ville resultert i mange flere tilfeller av kusma dersom befolkningen hadde vært uvaksinert. Derfor er vaksine det beste redskapet vi har i forebygging.



Flere varianter av kusmaviruset

Grunner til at vaksinerte likevel kan bli syke er at ikke alle oppnår like god beskyttelse av vaksinen eller at beskyttelsen som vaksinen gir gradvis avtar over tid.

En annen grunn er at det finnes en spesiell variant av kusmaviruset som ikke dekkes like godt av den beskyttelsen MMR-vaksinen gir. Undersøkelser viser at det er denne spesielle varianten av viruset som nå er årsaken til utbruddet i studentmiljøet. Samme variant har også vært årsak til utbrudd av kusma i Nederland og USA hvor det også er høy vaksinasjonsdekning i befolkningen.

Vaksineanbefalinger

Folkhelseinstituttet anbefaler at barn i Norge følger barnevaksinasjonsprogrammet og får MMR-vaksine ved 15-måneders alder og i 6. klasse.

Voksne uvaksinerte eller personer som mangler én vaksinedose anbefales å oppsøke lege for å la seg vaksinere. Dette er spesielt aktuelt for studenter som er i et miljø hvor utbrudd pågår. Personer som med sikkerhet vet at de har gjennomgått kusma trenger ikke vaksine mot sykdommen.

MMR-vaksinen gir i tillegg til beskyttelse mot kusma, også svært god beskyttelse mot meslinger og røde hunder. Det hadde vært ønskelig om kusmakomponenten i vaksinen var bedre, men den gir god beskyttelse for de fleste, hindrer store utbrudd og kan gi lettere sykdom hos de få som likevel blir syke.

Usikker på din vaksinestatus?: Sjekk på netjenesten [Mine vaksiner](#) eller kontakt legen din.

Publisert: 13.11.2015, endret: 13.11.2015, 15:41

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015-237. Stikkord: Kusma.

Vi bruker for mye antibiotika

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=116650>.

Nordmenn bruker for mye antibiotika. Denne uken markeres den europeiske antibiotikadagen 18. november.

Hvert år får over en million nordmenn antibiotika på resept, men bruken er ikke uproblematisk. Økt bruk av antibiotika øker sannsynligheten for utvikling av resistente bakterier. Verdens helseorganisasjon (WHO) anslår at det i Europa dør ca. 25 000 mennesker hvert år som følge av antibiotikaresistente infeksjoner. Problemet er alvorlig og økende over hele verden.

Kan redusere bruken med 20-30 prosent

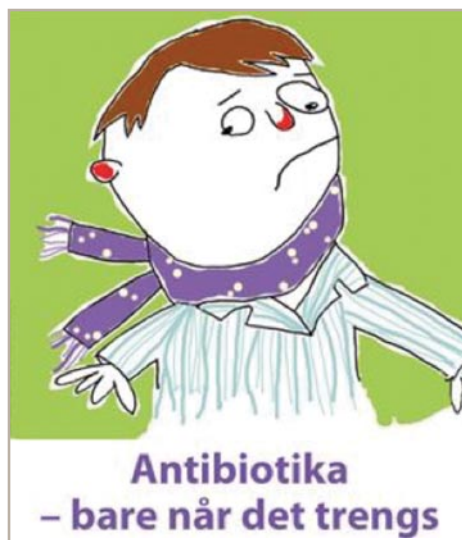
– Vi har hatt en økende bruk av antibiotika de siste ti årene, uten at det har vært en økning i forekomsten av infeksjoner. Det betyr nok at folk forventer å bruke antibiotika for å bli fortere frisk av relativt ufarlige infeksjoner i for eksempel luftveier og urinveier. Legene opplever kanskje denne forventningen som et press om å gi pasienten noe. Vi kan nok redusere bruken med 20 til 30 prosent uten at det vil få negative helsekonsekvenser, sier John-Arne Røttingen som er direktør for smittevern, miljø og helse ved Folkehelseinstituttet.

Ansvarer hviler på oss alle

Folkhelseinstituttet har flere målsettinger med aktivitetene rundt årets antibiotikadag. Forskrivningen av antibiotika bør reduseres til infeksjoner hvor dette strengt tatt er nødvendig. De som forskriver bør også etterstrebe å bruke smalspektret antibiotika som i mindre grad driver frem resistente bakterier.

Et annet tiltak som indirekte vil dempe behovet for antibiotikabruk er smitteforebyggende tiltak som håndvask, hostehygiene og i noen sammenhenger også vaksinasjon. Et eksempel på en vellykket vaksinestrategi er pneumokokkvaksinen som ble innført i barnevaksinasjonsprogrammet i 2006.

– Ansvarer hviler på oss alle, også pasientene, som ikke må ha en forventning om at antibiotika må til ved helt vanlige infeksjoner. En del leger gir det vi kaller vent-og-se-resept. Denne skal du i utgangspunktet bare bruke dersom tilstanden forverres eller du ikke blir merkbart bedre over tid. Vi som pasienter må følge opp den avtalen. Forskning viser at det gir effekt, og reduserer antibiotikabruken, forklarer Røttingen.



Dette gjør Folkehelseinstituttet og samarbeidspartnere i anledning den europeiske antibiotikadagen 18. november: (direkte klikkbare lenker)

- [Nasjonal konferanse om antibiotikaresistens og infeksjoner i helsetjenesten](#)
- [Fagseminar om antibiotika ved Folkehelseinstituttet onsdag 18. november](#)
- Vi har stands på [Teknisk museum i Oslo](#) og [Vitensenteret i Trondheim](#) helgen 21. – 22. november. Kom innom og lær barna god håndvask, og se hvordan bakterier oppfører seg.
- UiO, Realfagsbiblioteket: Forskere fra Universitetet i Oslo og Folkehelseinstituttet gir kjappe lunsjpresentasjoner: [Antibiotikaresistens – hvor står vi nå?](#) (YouTube)

Mer informasjon om antibiotika og -resistens: (direkte klikkbare lenker)

- [Råd til publikum om antibiotikabruk](#)
- [Råd om antibiotikabruk og smittevern i helsetjenesten](#)

Antibiotikastyringsprogram er et av de viktigste tiltakene i sykehus og andre helseinstitusjoner for å kontrollere bruken av antibiotika, og begrense resistensutvikling.

Stener Kvinnsland, styreleder Oslo universitetssykehus om bekjempelse av antibiotikaresistens

Publisert: 16.11.2015, endret: 23.11.2015, 15:39

Se også: (direkte klikkbare lenker)

- [ASP, Antibiotikasenteret for primærmedisin](#)
- [Forskere fra Universitetet i Oslo og Folkehelseinstituttet med lunsjpresentasjoner: Antibiotikaresistens – hvor står vi nå? \(YouTube\)](#)
- [Nasjonal kompetansetjeneste for antibiotikabruk i spesialisthelsetjenesten](#)

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015-238. Stikkord: Antibiotikabruk.

.....

Statusoppdatering

Ett år med rotavirusvaksine i barnevaksinasjonsprogrammet

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=116636>.

Vaksine mot rotavirus ble innført i barnevaksinasjonsprogrammet høsten 2014. Vaksinasjonsdekningen er høy. Nær ni av ti barn får nå rotavirusvaksine som spedbarn. Folkehelseinstituttet legger nå fram erfaringer fra det første året med vaksinen.

– Målet med rotavirusvaksinasjon er å beskytte de yngste barna mot alvorlig rotavirusykdom. Rotavirus gir mage-tarminfeksjon med oppkast, diaré og ofte feber hos sped- og småbarn, sier overlege Marianne Riise Bergsaker ved Folkehelseinstituttet.

De fleste takker ja

Alle barn født fra og med 1. september 2014 får tilbud om vaksine.

– De fleste foreldre som har fått tilbud om rotavirusvaksine til deres barn, har tatt imot tilbudet, sier Bergsaker.

Før rotavirusvaksinen ble innført gjennomgikk praktisk talt alle barn en eller flere episoder med rotavirusykdom før de fylte fem år. Bortimot to av tre småbarn som ble innlagt på norske sykehus med akutt mage- tarmsykdom, hadde rotavirusinfeksjon.

Vaksinen som brukes er Rotarix®, den gis som to doser: én ved seks uker og en ved tremånedersalder.

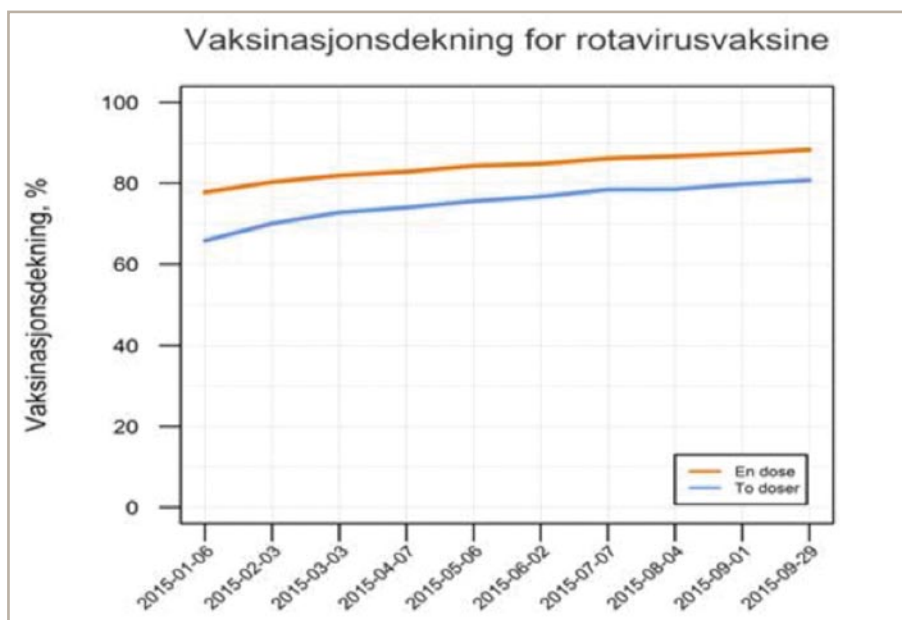
Antall vaksinerte barn per 29. september 2015

Per 29. september 2015 har omtrent 38 000 barn fått to doser med rotavirusvaksine (basert på tall fra det nasjonale vaksinasjonsregisteret, SYSVAK). Figur 1 viser vaksinasjonsdekningen for rotavirusvaksine i perioden januar 2015 - september 2015 blant norske barn som er minst 16 uker gamle.

– Siden oppstart av rotavirusvaksinasjonsprogrammet har 88 prosent av barna fått den første vaksinedosen og 81 prosent av barna har fått begge vaksinedosene. Dette er en høy vaksinasjonsdekning sammenlignet med andre land, sier Bergsaker.

Av barna som har fått to vaksinedoser, har 90 prosent fått dosene innenfor de anbefalte aldersgrensene og med riktige intervall mellom dosene.

-Det gjøres en flott innsats i kommunene, både med vaksiner og innrapportering, sier Bergsaker videre.



Figur 1: Vaksinasjonsdekning for rotavirusvaksine

Mistenkte bivirkninger meldt per 29. september 2015

Hittil har helsepersonell sendt inn 374 meldinger om mistenkte bivirkninger til Folkehelseinstituttet etter at rotavirusvaksine ble innført i barnevaksinasjonsprogrammet (se tabell), hvorav 91 prosent av hendelsene betegnes som lite alvorlige.

Tabell: Oversikt over antall rapporterte bivirkninger fra helsepersonell til FHI	
Totalt antall rapporter, inkludert alvorlige bivirkninger	374
Antall rapporter med mistenkte alvorlige* bivirkninger	34

*Reaksjoner som har medført sykehusinnleggelse eller forlenget sykehusopphold, er regnet som en medisinsk viktig hendelse, har gitt vedvarende betydelig nedsatt funksjonsevne eller funksjonskapasitet, livstruende sykdom eller død.

De vanligste meldingene dreier seg om mage-tarm symptomer som diaré, løs avføring, magesmerter, luftplager, oppkast/gulping, nedsatt appetitt, gråt, uro, utslett og feber i etterkant av vaksinasjonen.

– Rotavirusvaksinen er en godt utprøvd vaksine. Det er hittil ikke meldt noen nye eller uventede mistenkte bivirkninger og det er ingen grunn til å endre gjeldende anbefalinger om bruk av vaksinen, sier Bergsaker.

Studier gjennomført i andre land viser en liten økt risiko for tarminvaginasjon (1-5 ekstra tilfeller per 100 000) hos spedbarn etter rotavirusvaksinasjon. Risiko for tarminvaginasjon etter rotavirusvaksinasjon avtar dersom vaksinen gis innenfor den anbefalte aldersgrensen. Det er derfor viktig at aldersgrensene for rotavirusvaksinasjon overholdes.

Det er meldt tre tilfeller av tarminvaginasjon etter rotavirusvaksinasjon. I to av tilfellene ble sammenheng med vaksinen vurdert til å være lite sannsynlig, mens sammenheng ikke kunne utelukkes i det siste tilfellet.

Symptomer på tarminvaginasjon hos spedbarn skal tas alvorlig og lege skal derfor kontaktes snarest. Folkehelseinstituttet ber om fortsatt årvåkenhet rundt symptomer på tarminvaginasjon.

En mer detaljert oversikt over alle meldte bivirkningene etter vaksinasjon med Rotarix® finnes på Statens legemiddelverk sine nettsider: (direkte klikkbar lenke)

- [Rotavirusvaksinen Rotarix - bivirkningstall per 29. september 2015 \(Statens legemiddelverk\)](#)

Merk. Bivirkningstallene som oppgis i rapporten fra Statens legemiddelverk er noe høyere siden de også inkluderer meldinger mottatt før vaksinen ble gitt i barnevaksinasjonsprogrammet. I tillegg mottar Statens legemiddelverk meldinger fra pasient/pårørende og fra vaksineprodusentene.

Utvidet overvåking av bivirkninger avsluttes 1. november 2015

Når en vaksine innføres i barnevaksinasjonsprogrammet gjennomføres det en utvidet bivirkningsovervåking i en periode. Den utvidede overvåkingen av vaksinen har ikke avdekket nye eller ukjente bivirkninger og kan derfor avsluttes. Fra 1. november 2015 skal kun uventede eller alvorlige mistenkte bivirkninger meldes, samt hendelser hvor melder ønsker en vurdering og råd om videre vaksinasjon. Informasjonsbrev om dette er sendt til alle landets kommuneleger, ledere for helsestasjonstjenesten, barneavdelinger og kirurgiske avdelinger som behandler barn.

- [Brev om avsluttet utvidet bivirkningsovervåking etter rotavirusvaksinasjon \(FHI\)](#) (direkte klikkbar lenke)

Pågående forskningsprosjekter

For å kunne følge effekten av vaksinen på alvorlig rotavirus sykdom mer detaljert ble det i januar 2014 startet en kartleggingsstudie av rotavirusforekomsten hos små barn som er i kontakt med sykehus. Foreldre til barn under 5 år som blir undersøkt for diaré og oppkast på fire norske sykehus får invitasjon til å delta.

Folkehelseinstituttet er ansvarlig for rotavirusstudien, og kartleggingen foregår på fire sykehus: Sykehuset Østfold Fredrikstad, St. Olavs Hospital i Trondheim, Stavanger universitetssykehus og Oslo universitetssykehus Ullevål.

Mer informasjon: (direkte klikkbare lenker)

- [Nasjonal oppfølging etter innføring av rotavirusvaksine i barnevaksinasjonsprogrammet](#)

Publisert: 16.11.2015, endret: 17.11.2015, 08:29

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015-239. Stikkord: Rotavirusvaksine.

Erstatning etter utvikling av multippel sklerose etter MMR-vaksine

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=116706>.

Høyesterett har tilkjent erstatning til en gutt som i 2002 fikk MMR-vaksine (vaksine mot meslinger, kuma og røde hunder) og senere utviklet symptomer på multippel sklerose (MS).

En 12-år gammel gutt fikk i 2002 MMR-vaksinen og utviklet få dager etter vaksinasjonen symptomer som noen måneder senere ledet til diagnosen multippel sklerose (MS). På bakgrunn av en rekke faktorer – herunder blant annet den nære tidsmessige sammenhengen mellom vaksinen og de første symptomene, guttens unge alder og eksempler fra vaksinasjoner med annen type virus som har hatt autoimmune virkninger som har likhetstrekk med MS – fant Høyesterett at det var et visst forskningsmessig belegg for at MMR-vaksinen i svært sjeldne tilfelle kunne utløse MS hos unge mennesker. Staten kunne ikke godtgjøre at en annen årsak var mer sannsynlig. Norsk pasientskadeerstatning (NPE) vil vurdere dommen for å klargjøre dommens betydning for andre vaksinesaker.

Folkehelseinstituttet tar saken på alvor, og har fulgt den nøye. MS er en alvorlig sykdom, og det er spesielt trist når den rammer barn. Det er viktig at vi har et apparat som ivaretar rettigheter for den enkelte i pasientskadesaker.

Årsaksbegrepet er ulikt i vitenskapelig forskning og juridisk erstatningsrett. I medisinsk forskning stiller man strenge vitenskapelige krav før man kan si at en vaksine er årsak til en sykdom. Juridisk erstatningsrett innvilger erstatning hvis det ikke kan påvises en annen konkret og mer sannsynlig årsak til sykdommen. Dette er forankret i smittevernloven og gir en ekstra støtte for mulig skadelidde. Smittevernlovens bestemmelse om rett til erstatning er en fordel for å opprettholde støtte for vaksinasjonsprogrammene. For mange sykdommer har vi ikke tilstrekkelig kunnskap til å kunne påvise årsaker til sykdommen som tilfredsstillende vitenskapelige kriterier. Dette gjelder bl.a. MS.

Folkehelseinstituttet er opptatt av at denne saken ikke skaper ubegrunnet skepsis til MMR-vaksinen. MMR-vaksinen tilbys i dag til barn ved alder 15 måneder og 12 år. De siste årene har vaksinasjonsdekningen i Norge ligget stabilt på ca. 93 prosent, det vil si at om lag 110 000 barn blir vaksinert med MMR-vaksine hvert år.

Det meldes årlig mellom 40-70 hendelser som mistenkes for å være MMR-bivirkninger. Av disse klassifiseres ca. 10 meldinger som alvorlige. Dette har stort sett vært straksallergiske reaksjoner, feberkramper som har ført til sykehusinnleggelse og ett til to tilfeller av forbigående lavt nivå av blodplater (idiopatisk trombocytopenisk purpura – ITP) i året.

Multiple sklerose (MS) er en kronisk sykdom i sentralnervesystemet, det vil si hjerne og ryggmarg, som kjennetegnes av sykdoms-episoder som kan komme og gå (kalles 'attakk'). Den rammer i alle aldre, men gjennomsnittsalder for diagnose er rundt 30 år. Internasjonale studier har vist at forekomst av MS blant barn kan variere, og at det kan være alt fra 2 til 15 norske barn og ungdom i alderen 10-18 år som kan få diagnosen hvert år.

Det er godt dokumentert at verken MMR-vaksinen eller andre vaksiner kan gi økt risiko for MS. Imidlertid har en nyere studie antydning at hos personer med latent sykdom i sentralnervesystemet kan vaksinasjon utløse symptomer som ved MS i løpet av de første 30 dagene etter vaksinasjon (flere vaksiner ble tatt med i studien). De fleste av de som fikk slike symptomer utviklet likevel ikke MS utover den ene episoden. Det ble heller ikke vist økt forekomst av MS i tre år etter vaksinasjon, noe som tilsier at det ikke er en økt risiko for å få sykdommen dersom man er vaksinert. Studien konkluderer selv med at resultatene ikke gir grunnlag for å endre vaksinasjonsråd (1).

Referanser og mer informasjon:

[Norsk Pasientskadeerstatning, om vaksine-erstatningssaken](#) (direkte klikkbar lenke).

(1) Langer-Gould A et al, JAMA Neurol. 2014; 71(12): 1506-1513

Publisert: 20.11.2015, endret: 23.11.2015, 12:52

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015-240. Stikkord: MMR-vaksine. MS. Vaksinebivirkning.

Mange barn vaksineres unødvendig sent

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=116700> .

Nær halvparten av alle barn under to år får minst en vaksine senere enn det som anbefales. Det viser en studie fra Folkehelseinstituttet som baserte seg på vaksinasjon av over 63 000 barn i Norge født i 2010.

I Norge anbefales de to første vaksinedosene mot kikhoste ved tre og fem måneders alder i form av kombinasjonsvaksine som beskytter mot difteri, stivkrampe, kikhoste, polio og *haemophilus influenzae type B*. I tillegg tilbys barna vaksine mot pneumokokksykdom.

Forsinkelse øker fare for kikhoste

Risiko for alvorlig sykdom og død som følge av sykdommene det vaksineres mot i barnevaksinasjonsprogrammet er størst hos små barn. Kikhoste er særlig alvorlig for barn under seks måneder. Selv om mor kan overføre beskyttende antistoffer til barnet sent i fosterlivet, vil denne beskyttelsen avta etter fødsel. Den første vaksinedosen mot kikhoste gir beskyttelse mot alvorlig sykdom, men har begrenset varighet. Barn bør derfor også få andre dose tidlig for god beskyttelse i spedbarnsalder.



– Forsinket vaksinasjon øker risikoen for kikhoste, sier forsker og overlege Øystein Riise ved avdeling for vaksine hos Folkehelseinstituttet. Studien viser at om lag 25 prosent av barna kunne fått den første dosen tidligere og nesten 50 prosent kunne fått andre dose tidligere, forteller han videre.

Høy oppslutning, men forskjeller i gjennomføring

Studien viser at minst 97 prosent av barna har fått vaksine mot kikhoste. Men selv om det var høy oppslutning om vaksinasjonsprogrammet i alle fylker var det imidlertid tydelige forskjeller i gjennomføringen. I Vestfold fikk 58 prosent av barna minst en forsinket vaksinedose, mens denne andelen i Oppland var 37 prosent.

Barn av innvandrerforeldre var noe mer forsinket i gjennomføringen av barnevaksinasjonsprogrammet. I innvandrerguppen var 52 prosent forsinket mens tilsvarende andel blant ikke-innvandrere var 43 prosent.

Sommerferien bidrar til forsinkelse

Barn som skulle ha første eller andre vaksinedose i juli er også i større grad forsinket.

– At vaksinasjon utsettes før sommerferien var et overraskende funn, særlig med tanke på at det er mange som reiser med spedbarn. Vaksinasjon bør ikke utsettes, de første dosene er spesielt viktige for å beskytte de minste og mest sårbare barna. I noen tilfeller kan det være aktuelt å fremskynde vaksinasjon ved reiser tidlig i første leveår, sier Riise.

Ved reise til område med høyt smittepress kan første vaksinedose gis allerede ved seksukersalder (42 dager) og intervallet mellom de to første dosene kan reduseres til fire uker. Det innebærer at barnet må vaksineres etter firedoseprogram*.

Om studien

Studien benyttet data fra Nasjonalt vaksinasjonsregister, SYSVAK. Vaksinasjoner innen syv dager etter anbefalt alder ble oppfattet å være gitt til riktig tid, og vaksinasjoner gitt minst en måned etter anbefalt alder ble oppfattet å være forsinket.

- [Vaksinasjon av barn under to år \(Folkehelseinstituttet\)](#) (direkte klikkbar lenke)

Resultatene fra studien er publisert i tidsskriftet BMC Pediatrics: (direkte klikkbar lenke)

[Øystein Rolandsen Riise, Ida Laake, Marianne Adeleide Riise Bergsaker, Hanne Nøkleby, Inger Lise Haugen and Jann Storsæter: Monitoring of timely and delayed vaccinations: a nation-wide registry-based study of Norwegian children aged <2 years. BMC Pediatrics 2015, 15:180](#)

* Hvis første dose DTP-poliovaksine er gitt før alder åtte uker eller det er korte intervall mellom de tre første dosene, trengs en boosterdose for å sikre langtidsbeskyttelse. I de nordiske landene (og noen få andre land) brukes tredoseprogram med lange intervaller mellom dosene. Første tellende dose gis tidligst ved 2-månedersalder (åtte uker) og det skal gå minst åtte uker mellom 1. og 2. dose og minst seks måneder mellom 2. og 3. dose. Korrekt gjennomført tredoseprogram gir samme gode beskyttelse som firedoseprogram.

Publisert: 19.11.2015, endret: 19.11.2015, 09:51

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015-241. Stikkord: Vaksinasjonstidspunkt. Vaksinasjonsforsinkelse.

Kampanje om hiv og hepatitt 2015

Risikoutsatte bør kjenne til sin hiv- eller hepatittstatus

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=116630>.

Høstens testekampanje for hiv og hepatitter starter den 20. november, og tema for årets kampanje er «teste, behandle, forebygge».

Målet for kampanjen er å bevisstgjøre personer som har vært i en risiko for smitte om for delen av å vite sin hiv- eller hepatittstatus. Både hiv og hepatitt B og C kan i dag behandles med godt resultat. Det er også viktig å bevisstgjøre fastleger og andre leger om viktigheten av å tilby hiv og hepatitt-tester til pasienter som har vært i en risikosituasjon eller som har symptomer.



Hvem bør teste seg for hiv?

Alle kan bli smittet med hiv. Det som avgjør om man bør ta en hivtest er om man har utsatt seg for smitterisiko, uansett om man har symptomer eller tegn på hivsmitte eller ikke.

Dette gjelder spesielt hvis man har hatt ubeskyttet sex med noen i risikoutsatte grupper. Noen grupper er mer utsatt for hiv enn andre. Det kan være mennesker som bor i eller kommer fra land der hiv er utbredt, personer som har hatt sex i områder med høy forekomst av hivinfeksjon, menn som har sex med menn eller injiserende misbrukere. Råd om testing gjelder også for personer som har hatt sex med noen i disse gruppene. Situasjoner hvor du kan ha utsatt deg for smitte kan være:

- hatt usikker sex med en person som kan ha hivinfeksjon (dvs. vaginalt eller analt samleie eller munnsex uten kondom)
- tatt stoff med urene sprøyter
- fått påvist en annen seksuelt overførbart infeksjon

Det kan være vanskelig å vurdere om man har vært utsatt for en slik smitterisiko. Alle bør tenke gjennom om de engang kan ha utsatt seg for smitterisiko for hiv og eventuelt teste seg.

Hvem bør teste seg for hepatitt B og C?

De fleste som smittes med hepatitt B eller C får ingen eller få symptomer. Det er derfor viktig at personer som kan ha blitt utsatt for en mulig smitterisiko tester seg. Dette gjelder særlig personer som:

- noen gang har injisert stoff med sprøyte
- noen gang har sniffet kokain
- er født eller oppvokst i land med høy forekomst av hepatitt B eller C
- har vært mottakere av blodprodukter før 1992 i Vest-Europa (inkl. Norge), Nord-Amerika, Japan, New Zealand og Australia og mottakere av blodprodukter uansett tidspunkt i andre enn de nevnte landene
- har eller har hatt ubeskyttet sex med menn som har sex med menn
- har hatt ubeskyttet seksuell kontakt med sprøytemisbruker eller med personer fra områder hvor sykdommene er utbredte
- har vært utsatt for sprøytestikk ved uhell eller har vært utsatt for yrkesmessig eksponering, for eksempel i helsevesenet
- har fått tatovering under utilfredsstillende hygieniske forhold
- er i dialyse
- har fått tannbehandling, profesjonell barbering og lignende i land med høy forekomst av hepatitt B eller C.

Hvor kan man teste seg?

Hivtest og tester for hepatitt B eller C kan man få utført hos alle fastleger eller ved andre legekontorer. I de fleste store byer i Norge finnes det egne klinikker for seksuelt overførbare sykdommer som også tilbyr hivtest. Dersom du har vært i en risikosituasjon eller har symptomer på hivinfeksjon er testen gratis. Det er opprettet egne testtilbud for menn som har sex med menn, bl.a. i Oslo ved Olafiaklinikken og Helseutvalget for bedre homohelse som begge kan tilby hurtigester for hiv. Mer informasjon om disse og andre steder som tilbyr hurtigester for hiv kan du finne [her](#) (direkte klikkbar lenke).

Spørsmål og svar

Folkehelseinstituttet har utarbeidet spørsmål og svar om hiv og hepatitt B og C som omfatter spørsmål om sykdommene, testing og behandling: (direkte klikkbare lenker)

- [Spørsmål og svar om hiv](#)
- [Spørsmål og svar om hepatitt B og C](#)

Om kampanjen

Siden 2013 har Folkehelseinstituttet i likhet med mange andre norske organisasjoner hver høst deltatt i den europeiske testekampanje for økt hivtesting. Nytt i år er at kampanjen også omfatter anbefalt testing for hepatitt B og C. Årets testekampanje vil foregå i perioden 20-27. november 2015.

Kampanjen ledes av «HIV in Europe» som er et initiativ for å sikre tidlig diagnose og behandling av hivinfeksjon. «HIV in Europe» er et samarbeid mellom kliniske miljøer, folkehelseinstitusjoner og frivillige organisasjoner.

Publisert: 19.11.2015, endret: 25.11.2015, 09:33

Se også: (direkte klikkbare lenker)

- [European HIV-Hepatitis Testing Week](#)
- [Smittevernveilederen - Hepatitt B - veileder for helsepersonell](#)
- [Smittevernveilederen - Hepatitt C - veileder for helsepersonell](#)
- [Smittevernveilederen - Hivinfeksjon/Aids - veileder for helsepersonell](#)

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015-242. Stikkord: Hiv. Hepatitt.

Utbrudd av kolera i Tanzania

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=116683>.

Helsemyndigheter i Tanzania og Verdens helseorganisasjon melder om et utbrudd av kolera. Hittil er det meldt ca. 5 000 mistenkte tilfeller av sykdommen. Risikoen for at reisende til landet kan bli smittet anses som svært liten, og det er ikke grunnlag for å fraråde reiser til Tanzania.

Utbruddet pågår i 13 regioner av landet, hovedsakelig Dar es Salaam (73 prosent av alle tilfeller), Morogoro, Pwani, Kigoma, Kilimanjaro, Iringa, Dodoma, Geita, Mara, Singida, Shinyaga, Mwanza og Zanzibar. Myndighetene i Tanzania har iverksatt tiltak med fokus på informasjon til befolkningen og å bedre kvaliteten på drikkevannet i de berørte områder. Det er ikke meldt om tilfeller hos norske reisende.

Reiseråd

Reisende til Tanzania bør være påpasselig med følgende:

- Drikk bare vann kjøpt på flasker. Flaskevann bør også brukes ved laging av isbiter, ved tannpuss og ved matlaging. Ved mangel på flaskevann kan man koke vann før det brukes.
- Kok eller stek maten godt og spis den varm. Unngå skalldyr og salater. Frukt eller grønnsaker som ikke kan skrelles bør vaskes godt med flaskevann og deretter tørkes med rent papir.
- Vask regelmessig hendene med såpe og vann, spesielt før måltider, ved matlaging og etter toalettbesøk. Bruk alkoholbasert hånddesinfeksjonsmiddel når håndvask ikke er mulig.
- Ha alltid god kjøkkenhygiene.
- Bad i klorerte bassenger.

Personer som svært nylig har oppholdt seg på Tanzania bør søke lege ved symptomer som kan være forenlige med kolera. Det har ingen hensikt å ta prøver for kolera hos personer uten symptomer som nylig har oppholdt seg på Tanzania og som er urolig for å ha blitt smittet.

Det finnes en vaksine mot kolera som kan gis til alle over toårsalder. Effekten av vaksinen er ca. 85 prosent de første månedene. Det er i den nåværende situasjonen ikke grunnlag for å anbefale vaksine til alle som skal reise til Tanzania. Vaksinasjon kan unntaksvis være aktuelt for reisende som under oppholdet ikke vil få tilgang til rent vann og som skal leve under dårlige hygieniske forhold.

Om kolera

Kolera skyldes en bakterie som spres gjennom forurenset drikkevann og matvarer, spesielt fisk og skalldyr fra forurenset vann samt frukt og grønnsaker som har vært i kontakt med kontaminert vann. Smitteoverføring er også mulig ved bading i forurenset vann. Høy smittedose er nødvendig for utvikling av sykdom. Symptomer på kolera er oppkast og diaré. Magesmerter forekommer sjeldent. Tid fra smitte til symptomer opptrer er vanligvis to til tre dager.

Publisert: 18.11.2015, endret: 18.11.2015, 13:52

Se også: (direkte klikkbare lenker)

- [Smittevernveilederen - Kolera - veileder for helsepersonell](#)
- [Kolerautbrudd Tanzania \(WHO 21.10.2015\)](#)
- [Vaksinasjonsboka - Koleravaksinasjon - veileder for helsepersonell](#)

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015-243. Stikkord: Kolera. Tanzania.



Midlertidig forenkling av tuberkulose screening av asylsøkere

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=116552>.

Tuberkuloseundersøkelse av alle asylsøkere er lovpålagt, uavhengig av hvor mye tuberkulose det er i landet de kommer fra. Dette opprettholdes. Fra 9. november 2015 gjøres det en midlertidig endring slik at de som kommer fra et land uten høy forekomst av tuberkulose, som Syria og Iran, ikke behøver å ta blodprøven IGRA i tillegg til lungerøntgen.

Folkehelseinstituttet har fått tilbakemeldinger om betydelige problemer med gjennomføringen av rutinemessig tuberkuloseundersøkelse av asylsøkere. I nasjonal tuberkulosekomité av 4. november, var det enighet om noen midlertidige endringer.

Fra 9. november 2015 er det ikke nødvendig å ta den supplerende blodprøven IGRA (Interferon Gamma Release Assay) av asylsøkere som kommer fra land uten høy forekomst av tuberkulose, som Syria og Iran. For andre asylsøkere kan IGRA-undersøkelsen utsettes inntil tre måneder.

- [Liste over land med høy forekomst av tuberkulose](#) (direkte klikkbar lenke)

De nye anbefalingene for rutinemessig tuberkuloseundersøkelse av flyktninger og asylsøkere er:

- Alle barn under 15 skal undersøkes ved ankomst med enten
 - 1) IGRA
 - 2) Mantoux med bekreftende IGRA
 - eller
 - 3) lungerøntgen.
- Alle over 15 år skal undersøkes med røntgen ved ankomst.
- Alle under 35 år fra land med høy forekomst av tuberkulose skal undersøkes med IGRA/ Mantoux innen 3 måneder.

Se også: [Flytskjema for rutinemessig tuberkuloseundersøkelse](#) (direkte klikkbar lenke)

MRSA-screening

Det er ikke nødvendig å teste rutinemessig for MRSA eller andre resistente mikrober før den lovpålagte tuberkuloseundersøkelsen.

Se også [Undersøkelse for resistente bakterier – MRSA, VRE og ESBL-holdige bakterier](#) (direkte klikkbar lenke)

Publisert: 09.11.2015, endret: 09.11.2015, 15:26

Se også: (direkte klikkbar lenke)

- [Tuberkuloseveilederen: Grupper med plikt til tuberkuloseundersøkelse](#)

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015-245. Stikkord: Tuberkulose screening.

Hjelpemiddel ved forskrivning av rifapentine for forebyggende behandling av latent tuberkulose

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=116536>.

Det er nå lagt ut en standardisert fremgangsmåte for forskrivning av rifapentine på godkjenningsskrift. Folkehelseinstituttet oppfordrer alle klinikere til å vurdere dette behandlingsalternativet ved latent tuberkulose.

FHI introduserte i 2014 kombinasjonsbehandling med ukentlig dosering av rifapentine (RPT) og isoniazid (H) som et alternativt regime ved behandling av latent tuberkulose. Dette 12-ukers regimet er likestilt med øvrige alternativer, og allerede tatt i bruk ved flere sykehus. Ettersom ukentlig dosering forenkler behandlingen vesentlig for den enkelte pasient, ønsker FHI at denne muligheten skal benyttes i økende grad.

Rifapentine er foreløpig ikke registrert på det norske (eller europeiske) markedet, og søknad om godkjenningsskrift er derfor nødvendig. For å forenkle denne prosessen har vi laget en standardisert fremgangsmåte med lenke til det aktuelle søknadsskjemaet: [Forskrivning av ukedoserende rifapentine og isoniazid](#). Vi håper dette vil bidra til å gjøre rifapentine lettere tilgjengelig for både behandler og pasient.

Om rifapentine

Rifapentine (Priftin®) produseres av legemiddelfirmaet Sanofi Aventis og ble introdusert på det amerikanske markedet i 1998. I november 2014 godkjente det amerikanske legemiddelverket (U.S. Food and Drug Administration - FDA) preparatet til behandling av latent tuberkulose hos voksne og barn over 2 år i kombinasjon med isoniazid.

Rifapentine har lang halveringstid som muliggjør sjeldnere doseringer med likeverdig behandlingseffekt som andre regimer. Tre randomiserte kontrollerte studier med 3RPTH gitt ukentlig som DOT, en blant hiv-positive (Martinson 2011) og to i hiv-negative populasjoner (Schechter 2006, Sterling 2011) har vist likeverdig sikkerhet og effektivitet som tidligere regimer. Studiene viste samtidig bedre gjennomføringsrate og mindre levertoksisitet. En Cochrane oversiktsartikkel fra 2013 som sammenligner rifamyciner med isoniazid for forebygging av tuberkulose hos hiv-negative personer konkluderer med at ukentlig 3RPTH er like effektivt i forebygging av tuberkulose som 9H (Sherma 2013). Regimet har høyere gjennomføringsrate og færre alvorlige bivirkninger enn behandling med isoniazid alene, men det ble rapportert fler behandlings-begrensede bivirkninger (Sherma 2013).

FDA sine anbefalinger og WHO's liste over essensielle medisiner inkluderer nå rifapentine for forebyggende behandling hos voksne og barn ned til 2 år (FDA 2014, WHO 2015). Folkehelseinstituttets anbefalinger slutter seg til disse, og viderefører rådet om direkte observert behandling (DOT). For mer utfyllende informasjon og dosering, se [tuberkuloseveilederens kapittel 10](#) og [fullstendig preparat-omtale fra FDA](#) (begge direkte klikkbare)

Referanser:

FDA. 2014. Highlights of Prescribing Information Priftin. Tilgjengelig fra http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2014/021024s011lbl.pdf

Martinson, NA, Barnes, GL, Moulton, LH, Msandiwa, R, Hausler, H et al. New regimens to prevent tuberculosis in adults with HIV infection. *New England Journal of Medicine* 2011; 365(1): 11-20. <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1005136>

Menzies, D and Sterling, TR. Treatment of Mycobacterium tuberculosis Infection: Time to Get a Move On? *Ann Intern Med* 2014; 161(6): 449-50. <http://annals.org/article.aspx?articleid=1895303>

Schechter, M, Zajdenverg, R, Falco, G, Barnes, GL, Faulhaber, JC et al. Weekly rifapentine/isoniazid or daily rifampin/pyrazinamide for latent tuberculosis in household contacts. *American Journal of Respiratory & Critical Care Medicine* 2006; 173(8): 922-6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2662911/>

Sharma, SK, Sharma, A, Kadiravan, T and Tharyan, P. Rifamycins (rifampicin, rifabutin and rifapentine) compared to isoniazid for preventing tuberculosis in HIV-negative people at risk of active TB. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013; 7: CD007545. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007545.pub2/pdf>

Sterling, TR, Villarino, ME, Borisov, AS, Shang, N, Gordin, F et al. Three months of rifapentine and isoniazid for latent tuberculosis infection. *New England Journal of Medicine* 2011; 365(23): 2155-66. <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1104875>

WHO. 2015. WHO Model List of Essential Medicines for Children. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>

Publisert: 06.11.2015, endret: 06.11.2015, 12:19

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015-246. Stikkord: Tuberkulosebehandling. Rifapentine.

Nasjonale mål for vann og helse

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=116516>.

Regjeringen vedtok i 2014 nasjonale mål for vann og helse. Helse- og omsorgsdepartementet, Mattilsynet og Folkehelseinstituttet har nå utarbeidet en gjennomføringsplan for å sikre rent drikkevann.

De nasjonale målene er fastsatt med utgangspunkt i WHO's og UNECE's Protokoll for vann og helse, og har til hensikt å sikre tilstrekkelig forsyning av rent vann og tilfredsstillende sanitære forhold for alle.

Helse- og omsorgsdepartementet har i samarbeid med Mattilsynet og Folkehelseinstituttet utarbeidet en gjennomføringsplan for departementets sektoransvar innen drikkevann for perioden 2014-2018.

Gjennomføringsplanen beskriver tiltak som Mattilsynet og Folkehelseinstituttet har ansvar for. Planen beskriver også tiltak som Norsk Vann, som er en interesseorganisasjon for vannbransjen, vil iverksette. Gjennomføringsplanen finnes på Mattilsynets nettsider:

- [Protokoll om vann og helse](#) (Mattilsynet) (direkte klikkbar lenke)

Publisert: 04.11.2015, endret: 05.11.2015, 11:21

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2015-80. Stikkord: Drikkevann.



Dødsårsaker for 2014: Kreft stabilt, demens øker

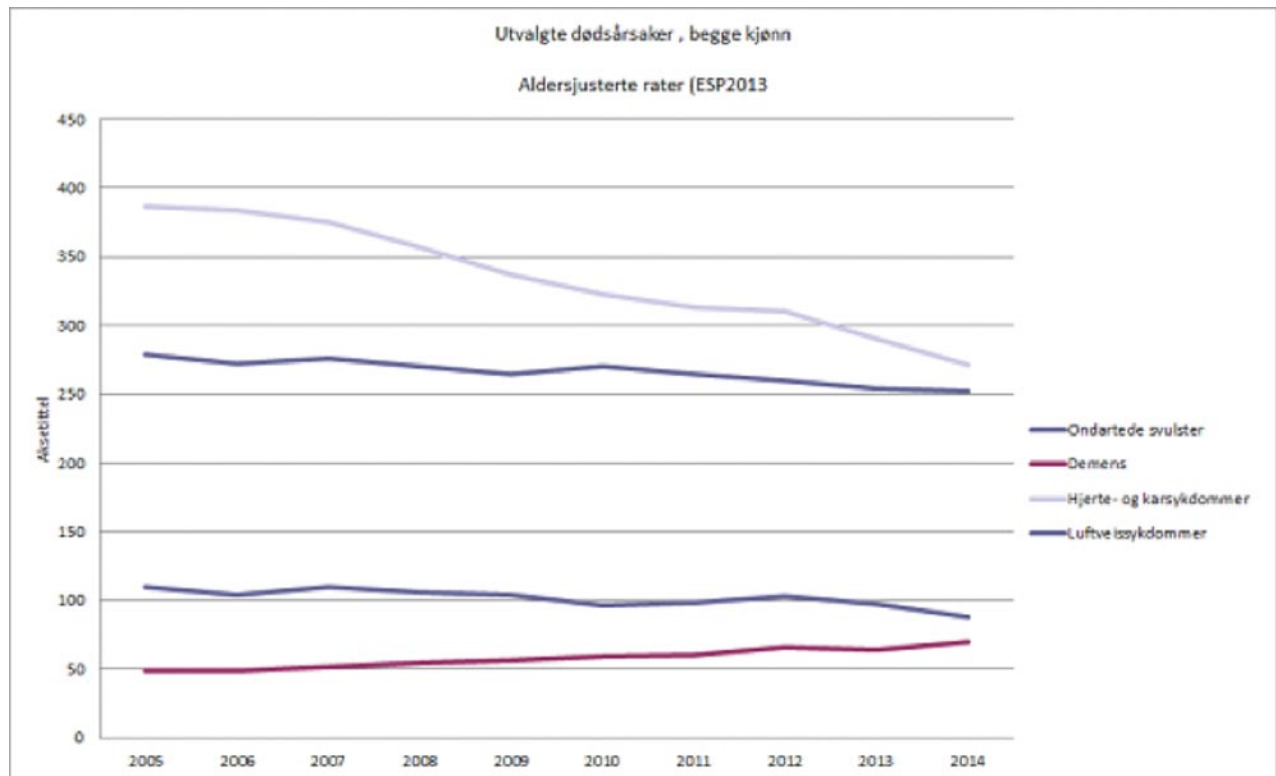
Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=116480>.

Antallet som dør av hjerte- og karsykdommer fortsetter å falle. Kreftdødeligheten er stabil. Dødsfall på grunn av demens øker. Dette viser dødsårsaksstatistikken for 2014. Folkehelseinstituttet legger i dag fram tallene.

Folkehelseinstituttet publiserer i dag statistikk for dødsårsakene i befolkningen i 2014. Samtidig er [Dødsårsaksregisteret statistikkbank](#) (direkte klikkbar lenke) oppdatert med mer fullstendige tall for 2013.

Folkehelseinstituttet har for 2014 registrert 40 344 dødsfall for personer som var bosatt i Norge dette året. Dette er 839 færre enn for 2013.

De hyppigste dødsårsakene er hjerte- og karsykdommer, kreft og luftveissykdommer, se figur 1 hvor disse dødsårsakene vises sammen med demens. Det var i 2014 små endringer i forhold til de siste årene.



Figur 1. Dødsfall som følge av hjerte- og karsykdommer, kreft, luftveissykdommer og demens, vist som antall per 100 000 innbyggere. Datakilde: Dødsårsaksregisterets statistikkbank.

Fortsatt nedgang i dødsfall av hjerte- og karsykdommer

Nedgangen i hjerte- og karsykdommer som dødsårsak fortsetter, både når vi ser på antall dødsfall, rater (antallet per 100 000 som dør av en sykdom i løpet av et år) og hvor stor andel hjerte- og karsykdommene utgjør av alle dødsårsaker.

Det er nedgang både i hjerteinfarkt og annen iskemisk hjertesykdom og i hjerneslag.

Hjerte- og karsykdommer er likevel ennå den største dødsårsaksgruppen. Antall dødsfall i 2014 var 11 700, noe som utgjør 29,6 prosent av alle dødsfall.

Stabile tall for kreftdødsfall

De hyppigste kreftdødsårsakene er lungekreft (2158 dødsfall), kreft i tykktarm og endetarm (1563) samt prostatakreft (1093). For totalt antall kreftdødsfall viser utviklingen følgende:

- Totalt *antall* dødsfall som følge av kreft har ligget stabilt på rundt 10 800 de siste årene.
- *Antall per 100 000* har gått litt ned fordi befolkningen øker. Se figur 1.
- *Andelen* som dør av kreft (andel av alle dødsfall) gått litt opp, og er nå på 27,4 prosent. At andelen har gått opp, skyldes nedgang i enkelte andre dødsårsaker.



Illustrasjonsfoto: Colourbox.com

Luftveissykdommer

Den tredje store gruppen av dødsårsaker er luftveissykdommer. Her har det vært relativt små endringer de siste fem årene, og denne sykdomsgruppen utgjør nå 9,5 prosent av alle dødsfall.

Fra rundt 1970 til 2010 var det en økning i antall dødsfall på grunn av nedre luftveissykdommer som kols og astma. Fra 2010 har dødsraten vært på cirka 50 per 100 000. Dette kan tyde på at dødsfall som følge av kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) har flatet ut.

Økning i dødsfall som følge av demenssykdommer

Siden 1970-tallet og frem til i dag har det vært en tydelig økning av antall dødsfall som følge av demenssykdommer; Alzheimers sykdom og uspesifisert demens. I 2014 ble det registrert 3000 dødsfall som følge av demens, noe som utgjør 7,6 prosent av alle dødsfall. Til sammenligning var denne andelen 2,2 prosent i 2000.

– Denne økningen har flere grunner, sier overlege Christian Lycke Ellingsen ved Dødsårsaksregisteret. Det er nedgang i andre dødsårsaker, særlig hjerte- og karsykdommer, og samtidig har befolkningen blitt eldre. Demens er en sykdomsgruppe som særlig rammer de eldste. Noe av økningen har også kodetekniske årsaker. Dersom flere diagnoser er oppgitt på dødsmeldingen, velges demens i større grad enn tidligere som underliggende dødsårsak, sier Lycke Ellingsen.

Ulykker og selvmord

Antall ulykkesdødsfall holder seg jevnt i underkant av 2000 tilfeller i året. Fra 2012 til 2013 var det en økning i antall dødsfall i trafikkuulykker fra 141 til 186 tilfeller, men i 2014 var det på ny en nedgang til 144 dødsfall. Dette er blant de laveste trafikkuulykkestall som noen gang er registrert.

Den klart største gruppen av ulykkesdødsfall gjelder fall hos eldre personer.

– I tillegg regner vi med at det også i dødsårsaksgruppen «Annen ulykke» er mange fallulykker, da en stor andel av disse utgjøres av eldre personer med hoftebrudd, sier Lycke Ellingsen.

Det ble i 2014 registrert 548 selvmord, mot 556 i 2013. Antallet selvmord har de siste årene vært stabilt på cirka 1,4 prosent av alle dødsfall.

Manglende dødsmeldinger

Fortsatt mangler Folkehelseinstituttet noen dødsmeldinger fra 2014, men dekningsgraden i registeret er 98,8 prosent for personer som var bosatt i landet på dødstidspunktet i 2014, se tabell 1. Dette betyr at det mangler meldinger for dødsårsak for 732 personer. Av disse var det 266 som døde i utlandet og 466 som døde i Norge.

For 2013 er den tilsvarende dekningsgraden i registeret nå 99,0 prosent.

Alle dødsfall hos personer som er bosatt i Norge, registreres i Folkeregisteret. I tillegg skal årsaken til disse dødsfallene registreres i Dødsårsaksregisteret ved Folkehelseinstituttet. For å finne manglende dødsmeldinger og sende ut purringer, sammenlignes alltid opplysninger i Dødsårsaksregisteret med opplysninger i Folkeregisteret.

I år har instituttet i tillegg gjort et betydelig arbeid for å få full oversikt over dødsfallene i befolkningen. Arbeidet har resultert i at tallene for totalt antall døde i Dødsårsaksregisteret er justert også bakover i tid. Avviket fra antall døde i Statistisk sentralbyrås statistikk er blitt mindre.

Tabell 1: Oversikt antall døde, antall døde som Dødsårsaksregisteret har fått melding om, og antallet av disse som bor i og utenfor Norge.

År	Totalt antall døde	Antall der dødsårsak er rapportert til Dødsårsaksregisteret (prosent)	Dødsårsak ikke rapportert til Dødsårsaksregisteret
2014	40 344	39 401 (døde i Norge) (98,8 % av alle dødsfall)	466 bosatte som dør i Norge
		211 (døde i utlandet)	266 bosatte i Norge som dør i utlandet*

* Dødsfall i utlandet står for 1,2 prosent av alle dødsfall og 36 prosent av alle dødsfall uten oppgitt dødsårsak.

Endringer i statistikkbanken

Flere tall for dødsårsaker i 2014 og bakover i tid finnes i [Dødsårsaksregisteret statistikkbank](#) I forbindelse med publiseringen av 2014-tallene er det innført en oppdatert versjon av Eurostats inndeling av dødsårsaker. Den viktigste endringen er at listen over dødsårsaker er utvidet. Du finner flere tekniske opplysninger i Dødsårsaksregisterets statistikkbank.

Publisert: 04.11.2015, endret: 04.11.2015, 10:00

Referansekode i 'Helserådet': HST 2015-31. Stikkord: Dødsårsaker.

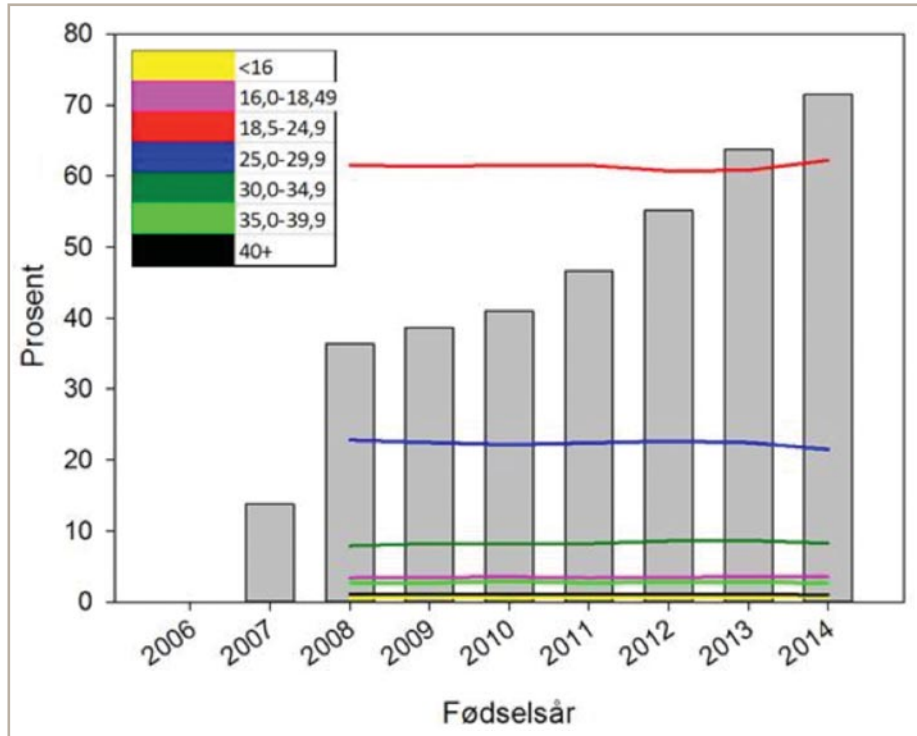
Fødselsstatistikk for 2014 publisert

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=116677>.

Folkehelseinstituttet presenterer i dag statistikk fra Medisinsk fødselsregister (MFR) for 2014. For første gang er statistikk over mors høyde og vekt lagt inn i statistikkbanken. Overvekt og fedme er relatert til flere uheldige svangerskaps- og fødselsutfall.

MFR mottok i 2014 informasjon om mors høyde og vekt for over 70 prosent av de fødende.

Statistikken viser at 62 prosent av de fødende i 2014 var normalvektige før graviditet, mens 33,5 prosent hadde en kroppsmasseindeks (KMI) som svarer til overvekt eller fedme, se figur 1.



Figur 1. Statistikk fra Medisinsk fødselsregister (MFR). Figuren ovenfor viser prosentandelen kvinner der MFR har fått informasjon om høyde og vekt over tid (grå søyler) og andel kvinner i de ulike KMI-gruppene for de samme årene (linjer).

- Informasjon om høyde og vekt er viktig for MFR fordi en rekke uheldige svangerskaps- og fødselsutfall viser sammenheng med overvekt, og risikoen for slike utfall øker i takt med økende overvekt hos mor, forklarer professor og overlege Kari Klungsøyr ved Folkehelseinstituttet.

Overvekt og fedme forbundet med risiko

Analyser av mors KMI og svangerskap- og fødselsutfall viser:

- Risikoen for å oppleve et perinatal dødsfall (død som inntreffer fra 22. svangerskapsuke til én uke etter fødselen) økte fra 3,3 pr 1000 blant kvinner med normalvekt før graviditet, til 4,3 pr 1000 (30 prosent økt risiko) for kvinner med overvekt (KMI 25-29,9). For kvinnene som hadde alvorlig fedme før de ble gravide (KMI \geq 35) var risikoen nesten doblet (6,6 pr 1000). Denne overrisikoen endres ikke nevneverdig hvis det tas hensyn til mors alder og paritet (antall fødsler en kvinne har gjennomgått tidligere) i analysene.
- Forekomsten av svangerskapsforgiftning (preeklampsi) blant alle fødende sett under ett økte fra 2,4 prosent hos normalvektige, til 3,8 prosent hos dem med overvekt og til 7,6 prosent hos fødende med alvorlig fedme. Fødende som var lett undervektige før graviditeten lavest forekomst av svangerskapsforgiftning med 1,9 prosent.
- Forekomsten av svangerskapsdiabetes økte betydelig med økende KMI: Totalt var 1,4 prosent av normalvektige fødende registrert med svangerskapsdiabetes, mens dette mer enn doblet seg til 3,7 prosent blant dem med overvekt, og åttedoblet seg til 11,4 prosent blant dem med alvorlig fedme.
- Bruk av keisersnitt økte også med økende KMI: Det var 18,6 prosent keisersnitt blant dem med overvekt mot 13,9 prosent blant normalvektige, og 26,9 prosent keisersnitt for dem med alvorlig fedme. Blant fødende som fødte vaginalt var det ingen sikker sammenheng mellom KMI og instrumentell forløsning.

Statistikk over fordelingen av fødende i ulike KMI kategorier finnes i [Medisinsk fødselsregisters statistikkbank](#)

Mors alder fortsetter å øke

Årets statistikk viser at mors alder ved fødsel fortsetter å øke, gjennomsnittlig fødealder var i 2013 på 30,4 år mens den i 2014 var på 30,6 år. Andel kvinner som var 40 år eller mer når de fødte var 3,6 prosent på landsbasis.

Det er fylkesvis forskjeller på mors fødealder, og Oslo er også i 2014 det fylket der mor er eldst når hun føder: Gjennomsnittsalder for de fødende totalt i Oslo var 32,1 år i 2014, hvorav 5,1 prosent var 40 år eller mer ved fødsel. Også blant førstegangsfødende var det høy andel fødende på 40 år eller mer i Oslo: 3,3 prosent, mens gjennomsnittsalderen for førstegangsfødende var 30,8 år. Aust-Agder var det fylket i landet med lavest andel fødende totalt i den høyeste aldersgruppen i 2014, hvor vi ser 2,1 prosent totalt og 0,8 prosent blant førstegangsfødende.

Økning i antall dødfødsler

Statistikken viser at det i fjor ble født 60025 barn i Norge, det er 44 flere barn enn det som ble født i 2013. Dødfødtraten 4,4 pr 1000 fødte, noe som er en økning fra 2013 hvor tallet var 3,7 pr 1000. Den høyeste dødfødtraten ble funnet i Vest-Norge, med 5,4 pr 1000 fødte.

- Dødfødtraten har vist nedgang over tid fra 2001, da den var 5,9 pr 1000, deretter lå den relativt stabilt i 2011-2013 (ca. 3,7 pr 1000), og har altså nå økt i 2014. Hvorvidt dette er et utslag av tilfeldig variasjon eller en reell økning som kan skyldes økning i risikofaktorer, er for tidlig å si, sier Klungsoyr

Nedgang i antall overtidsfødsler

Andel fødsler på overtid har gått betydelig ned de siste ti årene. Dette er fødsler der svangerskapet har vart minst 42 fullgåtte uker (\geq 294 dager). Beregning av «overtidig fødsel» er imidlertid avhengig av hvilken metode som brukes for å beregne termindato. I Norge er det i dag to metoder som brukes for å beregne termin på basis av ultralydmålinger: Terminhjulet og eSnurra.

Det er flere forskjeller mellom disse, men en av dem er antall dager som defineres som «standard normal svangerskapsvarighet»: Terminhjulets standard er 282 dager, og eSnurra bruker 283 dager.

- Hittil har ikke Medisinsk fødselsregister hatt informasjon om hvilken ultralydmetode som har vært brukt for å estimere termin, men uavhengig av metode ser vi en nedgang. Ved å benytte 282 dager som beregningsgrunnlag for alle med ultralydtermin, og menstruasjonsdato for dem som mangler ultralydmålinger, har prosentandelen fødsler på overtid gått ned fra 7,3 prosent i 2005 til 3,5 prosent i 2014. Ved å bruke 283 dager som beregningsgrunnlag, har den tilsvarende prosentandelen gått ned fra 8,9 prosent til 5,6 prosent over samme periode, forklarer Klungsoyr.

Siden høsten 2015 er en revidert versjon av elektronisk fødselsmelding tatt i bruk på fødeavdelingene, og ved bruk av denne versjonen vil MFR få opplysninger om hvilken metode som har vært benyttet for å beregne fødselstermin. Dette vil bedre datagrunnlaget for å beregne svangerskapsvarighet og fødsler på overtid.

Endelig stabil høy innmeldingsprosent av KMI

Mors høyde og vekt før og ved slutten av svangerskapet er blitt registrert siden elektronisk melding av fødsler ble implementert, men på grunn av sein innføring av elektronisk melding og mangler i tidlige meldingsversjoner har innmeldingsprosenten økt gradvis. I 2014 ble mors høyde og vekt før graviditet innmeldt for 71,6 prosent av de fødende, mot 0,1 prosent i 2006.

Tross forskjellen mellom innmeldinger per år siden 2006, har andelen kvinner i de ulike KMI-gruppene holdt seg stabilt fra 2008 til 2014. Figur 1. ovenfor viser prosentandelen kvinner der MFR har fått informasjon om høyde og vekt over tid (grå søyler) og andel kvinner i de ulike KMI-gruppene for de samme årene (linjer).

- Selv om andelen fødsler med oppgitt KMI har økt fra 36,4 prosent i 2008 til 71,6 prosent i 2014, har det ikke vært tydelige endringer i fordelingen mellom ulike KMI grupper. Dette tyder på at selv for årene med dårlig innmelding av KMI, så er den registrerte informasjonen representativ, avslutter Klungsoyr.

* KMI = vekt i kg / (høyde i meter)²

Publisert: 18.11.2015, endret: 19.11.2015, 11:04

Referansekode i 'Helserådet': HST 2015-32. Stikkord: Fødselsstatistikk.

Trening før graviditet kan forebygge bekkenleddsmerter

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=116566> .

En studie blant 39 000 kvinner viser at regelmessig trening før du blir gravid kan redusere sjansen for bekkenleddsmerter i svangerskapet.

– Resultatene våre viser at all trening hjelper, men de som trener mellom tre til fem ganger har hele 14 prosent lavere risiko for å utvikle bekkenplager, sier postdoktor Katrine M. Owe i Folkehelseinstituttet.



Illustrasjonsfoto: Colourbox.com

Studien er nylig publisert i *British Journal of Sports Medicine*, og baserer seg på data fra den Norske Mor og Barn-undersøkelsen som driftes av Folkehelseinstituttet. Regelmessig trening blant kvinner i fruktbar alder eller som planlegger å bli gravide er viktig.

– Kvinner som er i fruktbar alder eller som planlegger å bli gravide har dermed en ekstra grunn til å være fysisk aktive. Resultatene antyder at treningsformer som inneholder løp og hopp, som for eksempel løping, jogging, orientering, ballspill og aerobic, har størst effekt, forklarer Owe.

Hyppig plage

Bekkenleddsmerter er hyppig forekommende blant gravide kvinner, og inkluderer smerter i bakre del av bekkenet og foran over symfyen. Hos 2–3 prosent av kvinnene med bekkenleddsmerter i svangerskapet vedvarer smertene utover ett år etter fødsel. I svangerskapsuke 17 ble kvinnene i studien spurt om hvor ofte de deltok i en rekke ulike aktiviteter de siste tre månedene før graviditeten.

Over halvparten (56,5 prosent) av kvinnene rapporterte at de hadde trent minst tre ganger i uken før de ble gravide, mens 7 prosent rapporterte at de ikke hadde trent.

– Av dem som trente før svangerskapet, trente fortsatt 90 prosent av dem når de var i uke 17. Dette er ikke overraskende men svært positive tall og viser viktigheten av regelmessig fysisk aktivitet for kvinner i fruktbar alder generelt, sier Owe.

All trening hjelper

Resultatene viser at andelen med bekkenleddsmerter var størst blant dem som ikke trente før graviditeten. Rundt én av ti (10,4 prosent) av kvinnene i studien rapporterte bekkenleddsmerter i uke 30. Blant dem som ikke trente før svangerskapet var denne andelen omtrent én av åtte (12,5 prosent).

– Selv det å trene én til to ganger per uke var forbundet med lavere risiko for bekkenleddsmerter sammenlignet med det og ikke trene før svangerskapet, påpeker Owe.

Funnene viste at det å trene regelmessig opp til fem ganger i uken ga lavere risiko. Forskerne fant med andre ord ingen ytterligere reduksjon i risiko for bekkenleddsmerter for dem som trente mer enn fem ganger i uken.

Om studien

- Bekkenleddsmerter ble i denne studien definert som smerter over symfyen og over begge leddene bak i bekkenet i svangerskapsuke 30.
- Studien er et samarbeid mellom forskere fra Folkehelseinstituttet, Oslo universitetssykehus, Akershus universitetssykehus og Karolinska Institutet.
- Trening er i denne studien målt ved hjelp av spørreskjema som registrerte både frekvens og type aktivitet tre måneder før svangerskapet.
- I studien har man ved analyse av resultatene tatt hensyn til mors alder, kroppsmasseindeks for svangerskapet (KMI), utdanning, røyking og tidligere depresjon og korsryggsmerter.

Referanse: [Owe KM, et al. Br J Sports Med 2015;0:1–6. doi:10.1136/bjsports-2015-094921](https://doi.org/10.1136/bjsports-2015-094921)

Publisert: 10.11.2015, endret: 10.11.2015, 10:08

Referansekode i 'Helserådet': SEX 2015-28. Stikkord: Graviditet. Bekkenleddsmerter.

Skader i alkoholrus øker betydelig i julebordsesongen

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=116702> .

Andelen berusede personer som blir innlagt på akuttmottak på sykehus er klart høyere i desember enn resten av året. Pasientene har i gjennomsnitt 1,5 i promille, viser forskning fra blant annet Folkehelseinstituttet.

– Desember er måneden hvor flest pasienter som blir behandlet for akutte skader har drukket alkohol i forkant, sier rusmiddelforsker Stig Tore Bogstrand ved Folkehelseinstituttet.

Han forsker på rusforekomst og skaderisiko. I 2009 gjorde han en studie på pasienter innlagt ved akuttmottaket ved Oslo universitetssykehus. Studien viste at 35 prosent av pasientene hadde alkoholpromille ved innleggelse, 10 prosent høyere enn gjennomsnittet for resten av året. Gjennomsnittspromillen på pasientene var 1,5.



Illustrasjonsfoto: Colourbox.com

Store mørketall

Bogstrand er ikke i tvil om at julebordsesongen er en betydelig del av årsaken til at desember topper statistikken, selv om alkohol sjelden oppgis som årsak til akutt skade i legejournaler.

Når en pasient blir behandlet for akutte skader ved legevakt eller sykehus i Norge registreres som oftest bare den aktuelle skaden og behandlingsmetoden, og ikke årsaken til uhellet. Det er dermed nærliggende å anta at det skjuler seg store mørketall knyttet til alkohol – og rusmiddelskader, slik studien til Bogstrand med forskningskolleger bekrefter.

– Vi vet at flere folk drikker i desember sammenlignet med andre måneder i året, og det er veldokumentert både nasjonalt og internasjonalt at alkohol øker risikoen for skader som følge av mer vold og ulykker, påpeker Bogstrand.

Sikre grenser

Folkehelseinstituttet får jevnlig forespørsler om man innenfor visse konsumgrenser kan drikke trygt og ubekymret. Det finnes dessverre ikke noe enkelt svar på dette.

Enhver rus etter inntak av for eksempel to til fire alkoholenheter kan representere en viss ulykkesrisiko. En ulykke kan også inntreffe selv om man bare drikker én gang i året.

– Vi vet at akutte alkoholrelaterte skader forebygges best gjennom tiltak på befolkningsnivå, og ikke gjennom tiltak rettet mot enkeltpersoner med et alkoholmisbruk. At man ønsker å forebygge betyr imidlertid ikke at vi skal slutte å drikke. Vi har for lengst akseptert alkohol som nytelsesmiddel, men vi må våge å ta en diskusjon om hva som er et akseptert forbruk i 2015. Både med tanke på egen og andres helse, sier direktør for fysisk og psykisk helse ved Folkehelseinstituttet, Knut-Inge Klepp.

Arbeidsgiver ansvarlig

Klepp påpeker at arbeidsgiver har et særlig ansvar når de inviterer medarbeidere til fest, både med å forebygge og inkludere.

– Det er forskjell på å unne sine ansatte et par glass vin på bedriftens regning og å invitere til fri bar, sier han og legger til: - Julebord er en gråson mellom jobb og fritid, hvor mange kan synes det er ubehagelig å skille seg ut, for eksempel når det gjelder alkoholbruk. Man vil både feste, samtidig som mange er redde for å dumme seg ut overfor kolleger. De som ikke drikker alkohol kan føle seg utenfor. Et vellykket julebord kan styrke samholdet mellom kolleger og bidra til positivt arbeidsmiljø, sier Klepp.

På julebordet er det viktig at arbeidsgiver også legger til rette for dem som ønsker å drikke mindre eller kanskje ikke i det hele tatt. Husk at det kan være mange grunner til at folk ikke ønsker å drikke.

– På mange arbeidsplasser er julebordet et av få – kanskje det eneste – ikke-faglige sosiale arrangementet, og alkoholen får ofte en sentral plass. Dette kan være en barriere for noen, og noen lar kanskje være å komme. Hvis man toner ned fokuset på alkohol er det kanskje flere som kommer. Julebordet kan faktisk bli hyggeligere for alle om alle drikker litt mindre.

Fakta om promille

- Opp mot og omkring 0,5 promille: Man føler seg lett påvirket.
- Mellom 0,5 og 1 promille: Man blir mer kritikklos og risikovillig.
- Over 1 promille: Balansen blir dårligere, det oppstår snøvlete tale og kontroll med bevegelser forverres. Man blir trøtt og sløv og kan bli kvalm.
- Over 1,5 promille: De fleste får problemer med hukommelsen. Hukommelsesproblemene øker med stigende promille.
- Svært høy promille: Bevisstheten nedsettes og man kan bli bevisstløs. Pustesenteret i hjernen kan hemmes. Oppkast er vanlig. Promille over 3 kan være dødelig. Risiko for død øker sterkt hvis man samtidig har brukt beroligende midler, sovemidler, smertestillende midler, midler mot epilepsi eller andre medikamenter som har sløvende eller dempende virkning på hjernen.

Referanser

- [Skader under alkoholrus forebygges best med tiltak rettet mot alle alkoholbrukere](#), Tidsskriftet for den Norske Legeforening nr. 4 (2014), s. 134
- [Prevalence of alcohol and other substances of abuse among injured patients in a Norwegian emergency department](#), Drug and Alcohol Dependence nr. 117 (2011), s. 132–138

Publisert: 19.11.2015, endret: 20.11.2015, 09:31

Referansekode i 'Helserådet': SKA 2015-19. Stikkord: Julebord. Alkoholrus.

Ny rapport:

Samtaler med barn

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=116521> .

I denne kunnskapsoversikten belyses forskjellige modeller, metoder og teknikker for profesjonelle samtaler med barn. Familieterapeuter, politi, advokater og forskere kan gjennom mer kunnskap bli i bedre stand til å bruke ulike samtaleteknikker.

Barnets uttalerett er helt sentral i anerkjennelsen av barn som selvstendige individer. Hvordan et barn hjelpes til å være kompetent og til å ha en god opplevelse av å delta i en profesjonell samtale med en voksen henger sammen med flere faktorer. En viktig faktor er den voksnes kompetanse.

Å møte det enkelte barn i en samtale krever kunnskap om barns sosiale, kognitive og verbale utvikling. Barnets erfaring knyttet til relasjoner, påvirkelighet og psykologiske prosesser må det også tas hensyn til.

Kunnskap og innlevelse

- Den profesjonelle voksne må ha kjennskap til samtaleteknikker og metoder som passer for forskjellige formål og ulike tema. Det å kombinere denne kunnskapen med engasjement og innlevelse i det enkelte barns situasjon er et kunststykke, sier prosjektleder ved Folkehelseinstituttet, Heidi Aase.

[Rapporten «Samtaler med barn»](#) (direkte klikkbar lenke) viser at det finnes mange modeller, protokoller og veiledere til hjelp i barnesamtaler ved vitneavhør, kvalitativt intervju, familierapi og meklings. Til sammen 13 metoder for vitneavhør, 16 familierapeutiske modeller og 19 meklingsmodeller presenteres.

Det finnes også mange ulike metoder og verktøy som kan egne seg i terapeutiske samtaler med barn. De forskjellige metodene er i liten grad evaluert eller testet, og det er ikke enkelt å rangere dem.

Når skal barn inkluderes?

I rapporten presenterer også argumenter som er kommet fram i litteraturen for og mot inkludering av barn i familierapi, og for og mot inkludering av barn i meklings.

- Vi håper at denne oversikten kan bidra til at voksne som møter barn til samtale får bedre kunnskap om hvilke metoder som finnes og som brukes, og blir bedre i stand til å ta stilling til i hvilke situasjoner man kan benytte forskjellige samtaleteknikker. Dette gjelder spesielt for meklingsfeltet, hvor begrunnelsen for hvorfor barnet ønskes involvert vil være avgjørende for samtaleformål, for hvilken modell for inkludering som egner seg og for hvilke samtalemetoder som bør benyttes, sier Aase.

-Vi håper også at rapporten kan stimulere til mer forskning og nye evalueringer, som igjen kan bidra til utforming av tydeligere retningslinjer for samtaler mellom voksne og barn i familievernkontoret, sier prosjektleder Heidi Aase.

Rapporten «Samtaler med barn» er utarbeidet på oppdrag fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.

Publisert: 05.11.2015, endret: 06.11.2015, 09:27

Referansekode i 'Helsrådet': UNG 2015-21. Samtaler med barn.

