

- Komplette innholdsfortegnelse s. 2
- Det interkommunale samarbeidet om «Senjalegen» s. 3
- Samfunnsmedisin. Hva er nå det? s. 3
- Om frivillighet s. 12 - 13
- E-sigaretter kan inneholde giftstoffer s. 24
- Helsetjenester til asylsøkere s. 32 - 33 - 34
- Vaksineavdelingens tjenester jul og nyttår s. 35



Helserådet

INNHold NR. 22/15

Det interkommunale samarbeidet om «Senjalegen»	3
Samfunnsmedisin. Hva er nå det?	3
Nyhetsbrev nr. 6/15 om folkehelsearbeid fra Helsedirektoratet	4
«Alle» vil ha de frivillige med	12
De ti frivillighetspolitiske bud	12
Frivillighet Norge: Topplederkonferansen 2016	13
Frivillighet Norge i sosiale medier	13
Kjære ordfører – hva med omsorgstjenesten?	14
God omsorg hjemme og på sykehjem	15
Etterlyser tiltak for kunnskap om kommunehelse	16
Dieselpartikler og carbon black nanopartikler er omtrent like farlige å puste inn.....	16
Valnøtter: -Ta gjerne en liten håndfull hver dag!	17
Bakterier i tarmen avgjør hva som er den beste maten for deg	17
Sild er enda sunnere enn du trodde	18
Hva har fin utsikt å si for helse?	18
IFH Newsheet December 2015	19
Fra Forebygging.no: 7 nye bokomtaler	23
-Vektøkning mellom graviditeter kan påvirke barnets overlevelse	23
Røyking i svangerskapet setter spor i barnets gener	24
Legemidler til røykeslutt på blå resept?	24
E-sigaretter kan inneholde giftstoffer	24
Tuberkuloseundersøkelser og miljøundersøkelser	25
Fra danske Sundhedsstyrelsen: Nordisk konference om ulighed i sundhed	26
Sosial ulikhet påvirker barns psykiske utvikling.....	26
Barn som pårørende.....	27

NYTT FRA WWW.FHI.NO, FOLKEHELSEINSTITUTTET

Færre nordmenn dør av hjerte- og karsykdommer	28
Verdens aids-dag markeres	29
Zika-feber – gravide bør beskytte seg mot myggstikk ved reise	30
Smitteverndagene 2016, Oslo 4. og 5. april.....	31
Vaksineregistrering i SYSVAK hos asylsøkere med DUF-nummer	32
Oppdaterte råd om vaksinasjon av asylsøkere.....	32
Forebygging og håndtering av influensa på asylmottak	33
Råd ved utbrudd av gastroenteritt og hepatitt A i ankomstsentre og asylmottak	34
Skadedyr i flyktningsmottak	34
Vaksineavdelingens tjenester jul og nyttår 2015	35
Tetraxim tilgjengelig – identisk med Tetravac. Kun tilgjengelig til barnevaksinasjonsprogrammet og stamcelletransplanterte.....	35
Vaksinasjon av premature med Prevenar 13 – feil i pakningsvedlegget.....	36

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: GOD JUL!

Det interkommunale samarbeidet: «Senjalegen»

Helen Brandstorp, NSDM skriver på *eyr* den 11.12.2015:

Nasjonalt senter for distriktsmedisin har evaluert det interkommunale samarbeidet Senjalegen gjennom fire studier; en dokumentstudie, en intervjuundersøkelse blant sentrale interessenter, en spørreundersøkelse blant pasienter ved Senjalegen og en samfunnsøkonomisk kostnadsanalyse.

I Senjalegen har én stor og tre små kommuner ett sentralt legekantor og tre mindre utekontor. I tillegg har man satsset på å bygge gode lokale fagmiljø, bla. med noe som kan likne utdanningsstillinger.

Dette har skapt stabilitet og kvalitet i legetjenesten i de tre småkommunene på Senja etter mange år med vikarstafett. NSDMs evaluering viser at denne legetjenesten er dyr for kommunene, men samfunnsøkonomisk lønnsom. Se mer om «Senjalegen» ved å gå inn på eller klikke på

http://www.nsdms.no/nyheter_cms/2015/desember/nsdm-har-evaluert-senjalegen/631

Referansekode i 'Helserådet': OLE 2015-16. Stikkord: Senjalegen.



Einar Braaten: Kommunelegens blogg 12.12.2015:

Samfunnsmedisin. Hva er nå det?

av [Kommunelegen](#) (direkte klikkbar lenke til Einar Braatens forfatterarkiv)

Jeg jobber med samfunnsmedisin, men hva er nå det? Denne bloggen dreier seg jo om det, så du kan jo lese 10 år bakover hva jeg har skrevet om det opp gjennom tidene. Jeg opplever altså ofte at folk lurer på hva egentlig en som jobber med samfunnsmedisin kan brukes til?

Vi som jobber med samfunnsmedisin, kan brukes over alt. Vi er leger med en spesiell interesse for alt som skjer ute i samfunnet. Vi jobber nesten alltid mest utenfor helsevesenet, men er leger og helsepersonell. Mange av oss er også legespesialister i samfunnsmedisin.

Vår begrensning er at vi ser på samfunnets utfordring med bakgrunn fra en legeutdanning. Derfor er en samfunnsmedisiner en lege med spesiell interesse, motivasjon, inspirasjon for å bruke legekunnskapene i samfunnets tjeneste, men også for å påvise og foreslå hva som kan gjøres når samfunnet virker inn på innbyggernes helse. Med denne begrensningen passer vi aller best sammen med andre faggrupper når vi skal "medisinere" samfunnet vi jobber i. Vi har kun ett bidrag blant mange i vårt arbeid. Tverrfaglig samarbeid er grunnlaget for oss som jobber med samfunnsmedisin.

Det er flest samfunnsmedisinere i Norge som er kommuneleger, men de finnes på alle nivåer i landet; kommuner, sykehus, helseforvaltning, militæret, direktorat, departement og privat næringsliv.

Som samfunnsmedisiner er jeg som fastlege for den organisasjonen jeg jobber i. Jeg jobber aller mest med å forebygge helseplager, men er med både i behandling og oppfølging av "mitt" samfunns utfordringer.

Så og si alt som gjøres i samfunnet kan ha en innvirkning på helsen til mennesker. Det kan være alt fra å ta imot flyktninger til å planlegge boligområder. Derfor mener jeg det er viktig at vi som jobber med samfunnsmedisin, engasjerer oss i samfunnet rundt oss på alle nivåer. Med det følger også at jeg mener organisasjoner, bedrifter og tjenester bør bruke den kompetansen vi har. Jeg jobber i to kommuner som bruker oss kommuneleger i stor utstrekning. Min utfordring er at jeg ikke strekker til over alt, men slik er det slett ikke ut over i landet. Jeg opplever mange kolleger som føler at de brukes for lite, at de ikke trekkes med i organisasjonens arbeid, men settes til typisk "legearbeid".

For mange er det vanskelig å skjønne at en samfunnsmedisiner (= kommunelege) jobber like mye utenfor helse og omsorgstjenester som innenfor. Som kommuneoverlege jobber jeg mye med utviklingsarbeid, planarbeid, miljørettet helsevern og beredskap. Områder som ligger under andre tjenester enn de som finnes innen helse eller omsorg. Men jeg jobber mye der også!

Trond Aarre er lege, spesialist i psykiatri og en stor samfunnsmedisiner etter min mening. Han har brukt sin legebakgrunn og samfunnsengasjement til å utvikle Distriktspsykiatrisk senter i Nordfjordeid til et av de beste psykiatriske sentra for innbyggerne i Nordfjordeid og omegn. Det er en forståelse for å legge til rette en spesialisttjeneste for lokalsamfunnet som er midt inne i samfunnsmedisinen. Han mener det er tenkemåten det kommer an på. Jeg gir han ærestittelen "Samfunnsmedisinsk psykiater".

Det er mange leger som jobber med samfunnsmedisin uten at de er utdannet legespesialist i samfunnsmedisin. De gjør en fullverdig samfunnsmedisinsk jobb allikevel! Forvirrende? Slett ikke! Alle leger har det inni seg i større eller mindre grad. Noen vil ha det som hovedoppgave, andre synes det er mest naturlig å ha det med som en side av sitt legearbeid. Noen av oss ønsker å utvikle legekunnskapen innen samfunnsmedisin og jobbe mest med det. Vi utdanner oss til legespesialister i samfunnsmedisin.

Dette er egentlig en blogg om å være kommunelege i en stilling som kommuneoverlege, men jeg er samfunnsmedisiner i denne stillingen.

Referansekode i 'Helserådet': OLE 2015-12. Stikkord: Samfunnsmedisin. Braaten Einar.

'Helserrådet' nr. 22/15. 18. desember 2015. 23. årgang. MET0074.DOCX

Nyhetsbrev - folkehelsearbeid 6/2015

Dette brevet går til landets fylkesmannsembeter, fylkeskommuner og kommuner, og inneholder informasjon fra Helsedirektoratet av relevans for lokalt og regionalt folkehelsearbeid. Brevet inneholder ingen bestillinger eller oppdrag. Kategorier og temaer i nyhetsbrevene vil variere.

Rapport om håndtering av sosial ulikhet i helse på kommunenivå, Skandinaviske erfaringer

Hvilke faktorer og forhold hemmer og fremmer implementering av strategier og tiltak for å redusere sosiale helseforskjeller lokalt? Dette spørsmålet er besvart gjennom rapporten *Tackling Health Inequalities Locally – the Scandinavian Experience* fra Københavns Universitet. Rapporten er utarbeidet på oppdrag fra Helsedirektoratet i Norge, Sundhedsstyrelsen i Danmark og Folkhälsomyndigheten i Sverige, samt de nasjonale kommuneorganisasjonene (KS, KL og SKL). Skandinaviske kommuner har til felles at de har fått et stort medansvar for folkehelsen og for å iverksette strategier og tiltak som bidrar til å utjevne sosiale helseforskjeller, og kan derfor lære av hverandre. I rapporten trekkes det frem eksempler på implementering fra de tre landene. Rapporten munner ut i elleve anbefalinger. Rapporten kan lastes ned [her](#).

Rapporten ble lansert på konferansen *Social ulighed i sundhed i Norden – fra viden til handling* i FN-byen i København 30.11-1.12. Konferansen samlet over 400 deltakere fra de skandinaviske landene. Les mer om konferanse, [her](#).

Kontaktperson: Tone P. Torgersen, tpt@helsedir.no, eller Ellen Paulssen, epa@helsedir.no

Nasjonal konferanse «Ulikhet i helse og velferdsstat i økonomiske krisetider» 26.-27. mai 2016, ved Høgskolen i Oslo og Akershus

Hold av datoen!

Mange europeiske land opplever økonomiske nedgangstider etter finanskrisen i 2008. Den økonomiske veksten har tatt seg opp flere steder, men uten at arbeidsledigheten er gått ned tilsvarende. Samtidig rammes nå flere land som klarte seg rimelig godt under og etter finanskrisen. Også i Norden observerer vi sviktende økonomisk vekst og tiltakende arbeidsledighet. Deler av befolkningen sliter også med reduserte levekår, forverrede

arbeidsvilkår og sviktende inntektsmuligheter. I hvilken grad påvirkes folkehelsen og sosial ulikhet i helse av disse sosiale og økonomiske utfordringene? Enkelte hevder at økonomiske nedgangstider ledsages av bedre folkehelse. Andre påstår at i hvilken grad kriser påvirker folkehelsen og ulikhet i helse avhenger av velferdsstatens utforming og den politikken som føres for å møte krisa.

Konferansen «Ulikhet i helse og velferdsstat i økonomiske krisetider» vil drøfte disse spørsmålene. Tre plenumsinnlegg av internasjonalt anerkjente eksperter vil belyse utfordringene. I tillegg vil det bli seks parallellsesjoner med presentasjon av inviterte papere. Det blir en egen sesjon om kommunenes rolle i arbeidet med å redusere sosial ulikhet i helse.

Arrangører er Høgskolen i Oslo og Akershus, Helsedirektoratets Fagråd for ulikhet i helse og Centre for Health Equity Studies, Stockholm.

Mer informasjon kommer i januar 2016.

To nye rapporter om psykisk helse i folkehelsearbeidet: sosial ulikhet

Reduserte sosiale helseforskjeller er ett av tre nasjonale mål for folkehelsepolitikken som det er tverrpolitisk enighet om. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å bygge opp kunnskap på området psykisk helse i folkehelsearbeidet, og sammenhengen mellom sosial ulikhet og psykisk helse er da sentralt. To nye publikasjoner om sosial ulikhet og psykisk helse ble lansert den 8. desember i Helsedirektoratet.

1. Sosial ulikhet i barn og unges psykologiske utvikling

Psykolog og forsker Tormod Bøe ved RKBU Vest - Regionalt kunnskapssenter for barn og unge har i denne rapporten redegjort for sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og psykologisk utvikling hos barn og unge. Bøe viser her at barns psykiske helse ikke er en naturgitt størrelse, men at familiens levekår har betydning for barns utvikling, og at denne kunnskapen bør tas inn i arbeidet med samfunnsutvikling og tjenesteutvikling.

[Sosioøkonomisk status og barn og unges psykologiske utvikling](#)

2. Sosiale relasjoner og deltagelse- spiller utdanning og inntekt en rolle?

Psykososiale faktorer som sosial støtte, deltagelse og medvirkning spiller en viktig rolle for menneskers helse og livskvalitet. Statistisk Sentralbyrå har på oppdrag fra Helsedirektoratet gjort en analyse av sosial ulikhet i sosial støtte, kontakt og deltagelse. Forskerne Lene Sandvik og Anders Barstad står bak rapporten. De viser for eksempel at kort utdanning, lav inntekt og helseproblemer kan være barrierer for ulike former for deltagelse.

[Deltaking, støtte, tillit og tilhørighet](#)

Rapport om kommunereformen og folkehelsearbeid

Hva kan kommunereformen bety for lokalt folkehelsearbeid? På oppdrag fra Helsedirektoratet har Møreforskning utredet kommunereformens mulige betydninger for lokalt folkehelsearbeid. Utredningen viser at kommunereformen kan innebære flere muligheter, men også begrensninger for lokalt folkehelsearbeid. Eksempelvis kan mer kompetanse og bedre kapasitet virke positivt, mens vilkårene for samfunnsutvikling kan bli svekket.

Formålet med utredningen har vært å styrke direktoratets forståelse av kommunereform og folkehelsearbeid. -Kunnskapen vil være nyttig for vårt arbeid med å understøtte kommunene i folkehelsearbeidet, og den er trolig også nyttig i kommunenes arbeid med reformen, sier avdelingsdirektør Ole Trygve Stigen i Helsedirektoratet. Last ned rapporten [her](#).

Kontaktperson: Ellen Paulssen, epa@helsedir.no

Evaluering i det kommunale folkehelsearbeidet

Som del av et systematisk folkehelsearbeid inngår *evaluering*. Hensikten med evaluering er å sikre utvikling og kontinuerlig forbedring av folkehelsearbeidet. Helsedirektoratet har utarbeidet en kort veiledende tekst om evalueringselementet i det systematiske folkehelsearbeidet. Teksten er tilgjengelig på [våre nettsider](#).

Kontaktperson: Ellen Paulssen, epa@helsedir.no

Veiviser i lokalt folkehelsearbeid

Helsedirektoratet lanserte den 25.11 et nytt tema under Veiviserne i lokalt folkehelsearbeid. Den omhandler psykisk helse og livskvalitet i lokalt folkehelsearbeid.

Dette er et relativt nytt område av folkehelsearbeidet som holder på å ta form både lokalt og nasjonalt. Foruten samarbeid med fag- og forskningsmiljøer, har Helsedirektoratet fått innspill fra kommuner og bydeler i arbeidet med hvordan man lokalt kan fremme god psykisk helse og livskvalitet. Mange eksempler på godt kommunalt arbeid presenteres som eksempler i veiviseren.

[Psykisk helse og livskvalitet lokalt folkehelsearbeid.aspx](#)

«Nye» kommunetorget.no er lansert

Nettstedet kommunetorget.no er fornyet, både faglig, layoutmessig og teknisk. Bl.a. er sammenhenger mellom folkehelse og tematikken alkohol/rus tydeliggjort, og kommunale planprosesser er i større grad satt i sammenheng med rusarbeidet. Det vil også komme mere på nettsidene, som temaet Ansvarlig alkoholhåndtering og gode lokale eksempler på dette arbeidet.



Røykeslutt i januar

Klarer man seg gjennom de 28 første dagene uten røyk, har man fem ganger så stor sjanse for å slutte for godt. Dette er hovedbudskapet i en røykeslutt-kampanjen Helsedirektoratet kjører på Facebook i januar. Det er laget en digital 28-dagersklender som har som mål å dra dem som slutter å røyke i januar gjennom de 28 første dagene uten røyk. Man kan melde seg på kalenderen når som helst, den er ikke avhengig av at man slutter 1. januar. Røyketelefonen 800 400 85 og chatten på slutta.no holder åpent på hverdagene i romjulen.



Kontaktperson: Anne Kathrine Aambø, Helsedirektoratet, avd. Befolkningsrettet folkehelsearbeid. | E-post: anne.kathrine.aambo@hdir.no

Nytt om alkoholloven – endringer og nye verktøy

Endringer i alkoholforskriftens bestemmelser om alkoholreklame - gjeldende fra 1. november 2015

Fra og med 1. november 2015 er det innført enkelte endringer i alkoholforskriftens bestemmelser om alkoholreklame. Målet med å endre regelverket er blant annet å gjøre det enklere for bransjen å forholde seg til regelverket gjennom klarere rammer for hva som er tillatt og ikke. Samtidig imøtekommes forbrukernes behov og forventninger til faktainformasjon om alkoholholdig drikk. Helsedirektoratet har utarbeidet merknader til de nye bestemmelsene og foretatt en gjennomgang og revisjon av tidligere merknader til alkoholreklameforbudet. Dette gjelder både merknadene til alkohollovens kapittel 9 og alkoholforskriftens kapittel 14. Mer informasjon om hva endringene innebærer og direktoratets nye merknader finnes på [Helsedirektoratets nettsider](http://Helsedirektoratets.nettsider).

Krav om to kontrollører ved kontroll av skjenkesteder fra 1. januar 2016

Alkoholforskriften § 9-5, første ledd, har blitt endret slik at det fra 1. januar 2016 vil være krav om at kontroll av skjenkesteder skal gjennomføres med *minst to* kontrollører. Denne endringen gjelder kun *skjenkekontroll* og ikke *salgskontroll*. Les den nye forskriftsteksten på Lovdata.

Endringer i gebyrsatsene i alkoholforskriften fra 1. januar 2016

Helse- og omsorgsdepartementet har vedtatt endringer i gebyrsatsene i alkoholforskriften § 6-2 som trer i kraft fra 1. januar 2016. Alle gebyrene er inflasjonsjustert. Gebyrene for skjenking er i tillegg til inflasjonsjusteringen, økt med 5 prosent fordi skjenkekontroller fra 1. januar 2016 skal utføres med to kontrollører. Endringene er meddelt Lovdata for kunngjøring i Norsk Lovtidend. Se endringsforskrift på Lovdata.

Endringer i alkoholforskriften – nytt prikktildelingssystem ved brudd på alkoholloven

Forskrift om endringer i alkoholforskriftens bestemmelser om inndragning av salgs- og skjenkebevillinger ble vedtatt 26. oktober 2015. Endringene vil tre i kraft 1.1.2016 og

innebærer normerte regler for kommunenes inndragning av bevillinger i form av et prikktildelingsystem.

Helsedirektoratet jobber for tiden med å utarbeide merknader til de nye bestemmelsene. Inntil disse foreligger, bes landets kommuner og fylkesmenn om å benytte seg av [Prop. 58 L \(2014-2015\)](#) hva gjelder tolkning av de nye bestemmelsene. Direktoratet vil publisere merknadene på <https://helsedirektoratet.no/> så snart de foreligger. Se endringsforskrift på [Lovdata](#).

Kunnskapsprøven – krav om prøve for kontrollører og elektronisk avleggelse

Alkoholforskriften § 5-1 er endret slik at det fra 1. januar 2016 er et krav om at kontrollører som skal kontrollere steder med salgs- og skjenkebevilling må ha dokumentert kunnskap om alkoholloven og bestemmelser gitt i medhold av denne. Dette innebærer at kontrollører må ha bestått en kunnskapsprøve. Helsedirektoratet har utarbeidet en ny kunnskapsprøve for kontrollører. Denne er tilgjengelig og klar til bruk fra 1. januar 2016. Det vil være en overgangsordning på et halvt år. Dette innebærer at i løpet av første halvdel av 2016 må alle som skal utføre kontroll har bestått kunnskapsprøven for kontrollører. Fra og med 1.7.2016 er kravet absolutt.

Kunnskapsprøven for kontrollører vil i likhet med kunnskapsprøven for styrer og stedfortreder driftes av VINN. Kravet om bestått kunnskapsprøve for kontrollører gjelder alle som skal utføre kontroll, både nye og allerede ansatte kontrollører. Kommunen er ansvarlig for at kontrollører som utfører kontroll for kommunen har bestått denne prøven, uavhengig om de er ansatt i kommunen eller ikke.

Alkoholforskriften § 5-4 er også endret slik at det fra 1. januar 2016 er et krav om at kunnskapsprøven kun avholdes som elektronisk flervalgsprøve. Det vil derfor ikke være mulig for kommunene å ta ut papirprøver fra løsningen etter dette. Les den nye forskriftsteksten på [Lovdata](#).

Guide til god internkontroll på salgs- og skjenkesteder



Helsedirektoratet har utviklet en nettbasert guide som skal hjelpe salgs- og skjenkesteder å utarbeide et godt internkontrollsystem. Målet er å bidra til forsvarlig drift, med lav risiko for overtredelser av alkoholloven og

skadefølger av alkoholbruk. Guiden er utviklet i samarbeid med bransjerepresentanter og gir generell informasjon om kravene til internkontroll, praktiske råd knyttet til ulike kategorier av salgs- og skjenkesteder, samt maler for beskrivelse av internkontrollsystemet. I tillegg gir guiden nye retningslinjer for kommunenes kontroll av systemet. Guiden erstatter *Veileder til internkontroll etter alkoholloven (12/2005)*. Guiden lanseres 14. desember og vil finnes på [Helsedirektoratets nettsider](#).

Ansvarlig Vertskap e-læring

Ansvarlig Vertskap handler om å bidra til et trygt og hyggelig uteliv ved ikke å skjenke mindreårige eller åpenbart påvirkede gjester. Dette er en sentral del av satsningen på ansvarlig alkoholhåndtering hvor målet er å forebygge individuelle og samfunnsmessige skader knyttet til alkoholbruk i utelivet. For å øke kompetansen hos ansatte i skjenkebransjen har Kompetansesenter Rus region Øst på oppdrag fra Helsedirektoratet utarbeidet et e-læringskurs. E-læringskurset er en innføring i aktuelle bestemmelser i alkoholloven, og gir også kunnskap om alkoholens virkning på kroppen. Kurset består av seks leksjoner og en avsluttende prøve. Ved bestått prøve får man kursbevis. Direktoratet mener at kommunene kan sette vilkår om at kurset gjennomføres. Kurset er tilgjengelig på www.ansvarligvertskap.no fra 1. januar 2016.

Veiledning

Kommunene kan ta kontakt med Fylkesmannen for ytterligere veiledning vedrørende ovennevnte endringer og nye verktøy.

Inspirasjonshefte om bruk av Ungdata i kommunene

KoRus sør har laget inspirasjonshefte om bruk av Ungdata i kommunene.

Kompetansesenter rus region sør (KoRus sør) har laget et hefte som gir informasjon til kommunene om hvordan de kan bruke resultater fra Ungdata. Det er 7 regionale ruskompetansesentre som blant annet arbeider med rusmiddelforebygging som en del av folkehelsearbeidet.

Heftet inneholder artikler om tema som hvordan bruke Ungdata som styringsverktøy, hvordan involvere ungdom i det forebyggende arbeidet og hvordan dataene kan brukes for å motvirke frafall i videregående skole.



Her er lenke til artikkelen:

<http://borgestadklinikken.no/files/86210-Hefte-Ungdata-i-kommunene.pdf>

Du kan lese mer om KoRus her:

<http://www.kompetansesenterrus.no/>

Kontaktperson: Jon Nysted, Helsedirektoratet, avd. Levekår og helse. E-post:

jon.nysted@hdir.no

Samarbeid med frivilligheten om gode lokalsamfunn og god folkehelse

"Fri villigheten": En film om kommunal frivillighetspolitikk

Se **vår film** om hvordan frivilligheten er en viktig aktør i folkehelsearbeidet og hvordan kommuner kan arbeide for å oppnå gode og levende lokalsamfunn. KS, Frivillighet Norge har i samarbeid med oss laget en film for å motivere kommuner til å igangsette kommunal frivillighetspolitikk.

Da gjenstår det for oss å ønske alle:



Nyttige lenker - folkehelsearbeid

- Helsedirektoratet:
Folkehelse og forebygging: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse>
Folkehelsearbeid i kommunen: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen>
Veivisere i lokalt folkehelsearbeid:
<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/veivisere-i-lokalt-folkehelsearbeid>
- Folkehelseinstituttet
Folkehelseprofiler og kommunehelse statistikkbank:
<http://www.fhi.no/helsestatistikk/folkehelseprofiler>
<http://khs.fhi.no/webview/>
Diverse - lokalt folkehelsearbeid:
<http://www.fhi.no/helsestatistikk/folkehelseprofiler/folkehelsearbeid-i-kommunen>
- Helse- og omsorgsdepartementet
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/folkehelse.html?id=10877>
- Helsebiblioteket – samfunnsmedisin og folkehelsearbeid:
<http://www.helsebiblioteket.no/samfunnsmedisin-og-folkehelse/metoder-i-folkehelsearbeidet>
- Kommunetorget: <http://kommunetorget.no/>
- Sunne kommuner:
<http://sunnekommuner.no/>
- Skadeforebyggende forum: <http://skafor.org/>

Referansekode i 'Helserådet': MET 2015-29. Stikkord: Folkehelsebrev. Helsedirektoratet.

«Alle» vil ha de frivillige med

I en artikkel i Kommunal Rapport for 10. desember (nr. 39/15), side 2 som vi dessverre ikke har tillatelse til å gjengi i sin helhet, sier journalist Ragnhild Sved at «hyllesten av frivilligheten har økt nærmest proporsjonalt med flyktningetilstrømmingen til landet. Men hvordan omsette festtaler til handling?». Artikkelen har også følgende statement: «Enda flere vil stille opp som frivillige hvis de finner en kanal for sitt engasjement». Artikkelen er lesverdig!

Referansekode i 'Helserådet': FRI 2015-10. Stikkord: Flyktninger.

Frivillighet Norge, nyhetsbrev uke 48, 27.11.2015:

De ti frivillighetspolitiske bud

"De ti frivillighetspolitiske bud" er sendt til alle kommuner og fylkeskommuner. Over 300 organisasjoner har stilt seg bak budene.

1. Kjenn frivilligheten i kommunen din!

Innhent kunnskap om de frivillige organisasjonene. Hva driver de med? Hvilke mål, ressurser og utfordringer har de? Vil de samarbeide mer med kommunen, næringsliv, eller organisasjoner?

2. Vedta en tverrsektoriell kommunal frivillighetspolitikk

Inviter hele bredden av frivilligheten til dialog. Tenk frivillighet i all kommunal planlegging. Frivillighetspolitikken bør revurderes ved nytt kommunestyre.

3. Anerkjenn frivillighetens egenverdi

Frivillige er frie og villige – til å gjøre det de vil. Det må de få lov til å være, ellers dør frivilligheten ut.

4. Forenkling gir mer frivillighet

Tiden som brukes på byråkrati er tid som kan brukes på mer frivillighet. Gjennomfør tiltak som forenkler søknadsskriving, rapportering og kontakt med kommunen.

5. Tilrettelegg for frivillighetens egenutvikling

Vis organisasjonene tillit og legg til rette for at de kan nå sine egne mål. Da når kommunen samtidig mange av sine mål.

6. Skap dialog med frivilligheten

Skap faste møteplasser for organisasjonene. Rådfør dere med frivilligheten. Gi kommunalt ansatte opplæring i frivillighetsmangfoldet, slik at de kan invitere flere folk til å bli med. Husk at frivillige ofte jobber, så møter må være etter arbeidstid!

7. Anerkjenn og støtt opp om frivillighetens merverdi

Frivilligheten er "samfunnets vaktbikkje" og skaper bla lokalsamfunnsutvikling, kunnskap, sosiale møteplasser, tilhørighet, demokrati-opplæring, og er helsefremmende.

8. Gi frie midler

Frie midler er en forutsetning for at frivilligheten kan vokse på egne premisser.

9. Ikke konkurrer med frivilligheten

Tilrettelegg for bedre rekruttering av frivillige til organisasjonene. Ikke "stjel" de frivillige fra organisasjonene for å utføre kommunale tiltak.

10. Skap forutsigbarhet for frivilligheten

Forutsigbare rammer skaper bærekraftig drift og utvikling i frivilligheten. Et eksempel er å legge til rette for lokaler som frivilligheten kan bruke.

Frivillighet Norge tilbyr kommunene følgende tjenester

Kommunebesøk

Skape møteplass mellom kommunen og frivilligheten

- I møte med politikerne i kommunen fokuserer vi på den merverdien frivilligheten skaper og hvordan man kan bidra til at frivillige organisasjoner samarbeider mer med kommunen.
- I møte med frivillige lag og foreninger fokuserer vi på frivillighetens rolle for utviklingen av lokalsamfunnet, og verdien av økt dialog og samarbeid med kommunen. Det legges til rette for dialog der foreningene kommer med innspill til samarbeidet. Kommunen står for den praktisk siden av arrangementene, og Frivillighet Norge det faglige innholdet. Møtene kan inngå som en del av arbeidet med utvikle en frivillighetspolitikk. Opplegget er kostnadsfritt for kommunen.

Kartlegging av den lokale frivilligheten

Kartlegging av frivilligheten i kommunen

- Svært få kommuner har oversikt over bredden og mangfoldet i den lokale frivilligheten. Frivillighet Norge har utviklet et eget spørreskjemadesign som dekker hvilke ulike typer av lag og foreninger som finnes i kommunen, foreningenes ressurser, graden av samarbeid med kommunen, næringslivet og andre foreninger, samt mål og utfordringer. Rapporten kan inngå som en del av kommunens samfunnsplanlegging for å inkludere frivillig sektor i egne planverk. Kartleggingen utføres som et konsulentoppdrag der kostnadsrammen er avhengig av kommunens størrelse.

Rammeverk for en kommunal frivillighetspolitikk

Utforming av en frivillighetspolitikk

- Mange kommuner har behov for å konkretisere sin frivillighetspolitikk ved å lage en frivillighetsplan, -melding, eller -erklæring, men er usikre på hvordan man går frem. Frivillighet Norge tilbyr bistand i å utvikle et rammeverk for en frivillighetspolitikk tilpasset kommunen. Premisset for samarbeidet er at det ferdige dokumentet skal gjennomgå en politisk behandling og vedtas i kommunestyret. Kartleggingen utføres som et konsulentoppdrag der kostnadsrammen er avhengig av oppdragets omfang.

Referansekode i 'Helserådet': FRI 2015-9. Stikkord: Frivillighet Norge.

Frivillighet Norge, fra Nyhetsbrev uke 50 – 11.12.2015:

Topplederkonferansen 2016

Tid: 11. januar 2016
08:00-14:00

Sted: Oslo Kongressenter

#FriFrivillighet - Alle ønsker seg en fri frivillighet, men hvilke veier fører oss dit?

Regjeringen skriver i regjeringserklæringen at de vil bidra til en fri og uavhengig frivillig sektor. Men hva innebærer det i praksis? Forenklet kan man si at en vei til en fri frivillighet er preget av negativ frihet, det vil si at frihet forstås som fravær av hindre og innblanding fra det offentlige. Omsatt i politikk innebærer dette at organisasjonene skal slippe byråkratiske hindre og rapportering til det offentlige, og på den andre siden at de skal skaffe inntekter på andre måter enn gjennom offentlige tilskuddsordninger.

En annen vei er preget av positiv frihet, det vil si at frihet forstås som å legge til rette for utfoldelse, kombinert med en formening om hvordan utfoldelsen bør skje. Omsatt i politikk innebærer dette både offentlige støtteordninger og krav om rapportering, gjerne i kombinasjon med en mer og mindre omfattende føringer for hva de frivillige organisasjonene skal bruke støtten til, og hvordan de skal styres og utvikle seg.

Vi spør: Finnes det en middelvei? Slik at støtte og tilrettelegging fra det offentlige side ikke tipper over i overformynderi, men gir organisasjonene grobunn for utvikling på egne premisser?

Se hele nyhetsmeldingen fra Frivillighet Norge inkl. program for topplederkonferansen ved å gå inn på eller klikke på http://www.frivillighetnorge.no/no/aktiviteter/moter_for_medlemmer/Topplederkonferansen+2016.b7C_wtnSZN.ips.

Referansekode i 'Helserådet': FRI 2015-11. Konferanse.

Frivillighet Norge i sosiale medier

For relevante nyheter om frivillighet og oppdateringer fra Frivillighet Norge, følg www.twitter.com/frivillighet

For relevante nyheter om inkludering i frivilligheten og oppdateringer fra Frivillighet Norges inkluderingsprosjekt, følg www.twitter.com/inkludering

Frivillighet Norge på Facebook: www.facebook.com/frivillighetnorge

Frivillighet Norge på Instagram: <http://instagram.com/frivillighetnorge>

Frivillighet Norge på Vimeo: <https://vimeo.com/channels/664074>

Referansekode i 'Helserådet': FRI 2015-12. Stikkord: Frivillighet Norge.

Kjære ordfører - hva med omsorgstjenesten

De kommunale helse- og omsorgstjenestene trenger mer forskningsbasert kunnskap. Framfor alt trengs det forskning som kan gi svar på om et tiltak faktisk **VIRKER ELLER IKKE**.

Regjeringen har snakket mye om kunnskaps- og forskningsbasert praksis. I de kommunale helse- og omsorgstjenestene vil forskningsbasert praksis for eksempel være at den ansatte på et sykehjem behandler pasientene sine på en bestemt måte fordi man vet, ut fra forskning, at nettopp denne måten er den beste.

Det motsatte kan være å behandle pasientene på en bestemt måte, fordi alle andre gjør det.

Forskningsbasert praksis krever to ting: For det første at forskningen finnes, for det andre at de som skal bruke den, gjøres i stand til det.

En forespørsel blant drøyt 30 helse- og omsorgsarbeiderne i ti kommuner i Trøndelag viste at ingen utførte arbeidet sitt ut fra forskningsbasert kunnskap. De ble stilt konkrete spørsmål angående behandlingen av pasientene, og svarene viste at praksisen var basert på innarbeidete metoder, og ikke på forskningsbasert kunnskap.

Dette betyr at selv om de gode metodene finnes, blir de ikke tatt i bruk, ganske enkelt fordi man ikke kjenner til dem.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene trenger mer forskningsbasert kunnskap, og framfor alt trengs det forskning som kan gi svar på om et tiltak faktisk virker eller ikke.

Mange ganger styres tiltak og rutiner av gammel

vane, «slik har vi alltid gjort det», uten at den ansatte eller arbeidsgruppen reflekterer over det. Andre ganger er lederne usikre på hvor informasjonen finnes og hvordan den kan brukes.

Samhandlingsreformen

har sørget for at pasientene kommer raskere ut fra sykehuset, med det resultat at de ofte er sykere når hjemmetjenesten og sykehjemmene overtar.

Dette krever en nivåheving på grunnplan. De kommunale helse- og omsorgstjenestene i Norge er uten store primærhelse-sentre der kompetansen er samlet. Helsepersonellet har fått en hverdag med langt mer sammensatte og komplekse problemstillinger. Derfor er behovet for utdanning på masternivå stort.

I tillegg trenger disse tjenestene flere ledere og ansatte som er gode til å lete fram og forstå kunnskapen, og ressurser nok til å gjøre kunnskapen om til praksis. Vi trenger mange som kan mye i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Forskningsaktiviteten innen spesialisthelsetjenesten er enorm i forhold til forskningsaktiviteten innen omsorgssektoren.

Samtidig vet vi at det blir stadig flere eldre her i landet. Mens det i 1950 var vel 8 prosent av befolkningen som var 67 år eller mer, er dagens andel vel 14 pro-

sent. I 2050 vil 21 prosent av Norges befolkning være 67 år eller eldre, det nærmer seg en fjerdedel. Da er det viktig at man vet hva som virker og ikke, at praksisen er forskningsbasert.

TRENGER KUNNSKAP

Vi trenger mange som kan mye i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Så hvordan skal vi sørge for en omsorgstjeneste med mer forskningsbasert praksis?

Svaret ligger oppe i dagen: Det må satses mye mer på forskning. Vi må vite hvilken praksis som fungerer og hvilken som ikke gjør det. Vi må vite hvordan helsearbeiderne tar til seg ny kunnskap, og hvordan kunnskapen kan integreres i praksis.

Få sitter på flere forskere og mer kunnskap om de kommunale helse- og omsorgstjenestene enn sentrene for omsorgsforskning. På er i posisjon til å implementere den nyeste kunnskapen bedre i utdanningen enn sentrene som er lokalisert på universiteter og høyskoler med helsefaglig utdanning, og få har kortere vei til praksisfeltet enn sentrene for omsorgsforskning i samarbeid med Utviklingssentrene for sy-

kehjem og hjemmetjeneste.

TRENGER SVAR

Omsorgsforskningen har gitt en rekke svar på kort tid, men rekken med spørsmål er enda lenger

Omsorgsforskningen har gitt en rekke svar på kort tid, men rekken med spørsmål er enda lenger. En ny lov fulgte samhandlingsreformen i 2012. Den stadfester at: «Kommunen skal medvirke til, og tilrettelegge for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten».

Så, kjære ordfører, hva har du tenkt å gjøre for at de som skal ta vare på deg i framtiden har en forskningsbasert praksis? Hvordan vil du bidra til mer forskning og flere med høyere utdanning i de kommunale helse- og omsorgstjenestene?

Frode Fadnes Jacobsen, professor
Ingela Enmarker, professor
Aud Obstfelder, professor
Bjørn Dale, førsteamanuensis
Torunn Hamran, professor, alle tilknyttet Senter for omsorgsforskning

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2015-76. Stikkord: Kunnskapsbasert praksis.

Lengde på innlegg
Maks 700 ord eller
4.100 tegn

Innlegg sendes til
debatt@kommunal-rapport.no
Legg ved portrettfoto.
Innlegg kan bli publisert både i ukeavisa og i debattseksjonen i vår
nettutgave **debatt.Kommunal-Rapport.no**

God omsorg hjemme og på sykehjem

Personer med demens skal få god omsorg og et **FAGLIG FORSVARLIG** tilbud gjennom hele sykdomsforløpet - hjemme og på sykehjem.

Bjørn Lichtwarck er i Kommunal Rapport nr. 35 bekymret for om Helsedirektoratet ser nødvendigheten av å bygge flere sykehjemsplasser når det stadig blir flere som får en demenssykdom.

Han har helt rett i at det vil bli behov for flere sykehjemsplasser for personer med demens. Men det handler ikke om sykehjemsplass eller ikke. Det handler om sykehjemsplass og et faglig forsvarlig tilbud og god omsorg i tiden før behovet for sykehjemsplass oppstår.

Pårørende til personer med demens har store omsorgsoppgaver. En undersøkelse Alderspsykiatrisk forskningscenter ved Sykehuset Innlandet har gjort for Helsedirektoratet, viser at 90 prosent av alle med demenssykdom mottar hjelp fra pårørende.

Det går i gjennomsnitt tre år fra de første symptomene dukker opp til det blir stilt en demensdiagnose. Da gir pårørende allerede opp til 85 timer hjelp i måneden. Rett før den syke blir lagt inn på sykehjem, yter de pårørende opp til 160 timer hjelp i måneden. Hjemmetjenester blir lite brukt for denne pasientgruppen.

Pårørende som tar vare på sine nærmeste, skal bli møtt av ansatte i offentlige tjenester som arbeider sammen med dem og avlastet dem. Vi vet at det finnes

muligheter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som ikke blir brukt nok, for eksempel dagaktivitetstilbud, som vi vet at mange har nytte og glede av.

Det å ta i bruk flere ressurser og bedre tilrettede tilbud i denne fasen, vil kunne gi både personer med demens og pårørende et bedre liv.

Vi må regne med at pårørende også i fremtiden vil være en viktig del av den samlede omsorgen for personer med demens. Derfor må vi legge forholdene bedre til rette slik at det blir lettere å kombinere arbeid, omsorg og et godt liv.

PÅRØRENDE
Vi må regne med at pårørende også i fremtiden vil være en viktig del av den samlede omsorgen for personer med demens

Vi må ha bedre ordninger for avlastning, støtte og oppfølging av personer med demens og deres pårørende gjennom hele sykdomsforløpet. Vi må også se på fleksible løsninger i arbeidslivet for pårørende, slik at vi kan utnytte samfunnets samlede ressurser på best mulig måte.

Det kommer store oppgaver for kommunene når det gjelder omsorg for personer med demens. Derfor er det viktig at kommunene analyserer behovene sine og forbereder seg godt.

I dag er det behov for 28.000 sykehjemsplasser for personer med demens. Hvis ikke utviklingen i antall personer med demens endres, vil det være behov for 40.000 sykehjemsplasser i 2030 og 70.000 i 2060.

Vi vet at disse menneskene før eller siden får behov for en sykehjemsplass. Dette må kommunene planlegge for. Samtidig må de ha en plan for å gi personer med demens et faglig forsvarlig tilbud og god omsorg mens de fortsatt bor hjemme.

Vi vet også at hjemmetjenester og dagaktivitetstilbud kan brukes på bedre måter for å ivareta de behovene personer med demens har. Et godt samarbeid mellom kommunen og de pårørende vil bidra til gode løsninger for den demenssyke.

Det handler ikke om sykehjemsplass eller ikke. Det personer med demens skal få, er god omsorg og et faglig forsvarlig tilbud gjennom hele sykdomsforløpet - hjemme og på sykehjem.

Referansekode i 'Helserådet':
HTJ 2015-77. Stikkord: Eldreomsorg.



Bjørn Goldvog, helsedirektør

Etterlyser tiltak for kunnskap om kommunehelse

Medlemmer av HelseOmsorg21-rådet peker på mangler i regjeringens plan for å dekke kommunehelsetjenestens kunnskapsbehov.

Øyvind Bosnes Engen, oyvind.bosnes.engen@dagensmedisin.no

Forrige uke la helseminister Bent Høie (H) frem [regjeringens handlingsplan for å sette forsknings- og innovasjonsstrategien HelseOmsorg21 ut i livet](#) (direkte klikkbar lenke).

Ifølge John-Arne Røttingen, Arnfinn Sundsfjord og Anne Lise Ryel i HelseOmsorg21-rådet, viser handlingsplanen at regjeringen på overordnet nivå stiller seg bak strategiens innhold, og de mener planen på mange områder er handlingsrettet. Samtidig etterlyser de flere konkrete tiltak på enkelte av satsingsområdene i strategien.

– Min største bekymring er det satsingsområdet vi har kalt «kunnskapsløft for kommunene», sier Røttingen, leder av rådet og divisjonsdirektør i Folkehelseinstituttet.

– Vil slite i konkurransen

Handlingsplanen peker på de nye helseforskningsprogrammene i regi av Forskningsrådet – særlig programmet «Bedre helse og livskvalitet» – som en mulighet til å dekke kunnskapsbehovet i kommunene.

– Samtidig vet vi av erfaring at miljøer som har hovedfokus på det kommunale kunnskapsbehovet er få, og ikke så sterke i utgangspunktet. De vil nok slite med å nå opp i en ganske tøff konkurranse innenfor disse programmene: Både det som gjelder folkehelse, organisering av tjenestene og det kliniske, sier Røttingen.

LES OGSÅ: – [Helse må tåle å konkurrere med andre næringsrettede prosjekter](#) (direkte klikkbar lenke).

Se hele artikkelen fra Dagens Medisin ved å gå inn på eller klikke på http://www.dagensmedisin.no/artikler/2015/12/03/etterlyser-tiltak-for-kunnskap-om-kommunehelse/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified.

Referansekode i 'Helserådet': MET 2015-28. Stikkord: Kunnskapsbehov. Kommunehelsetjenesten.

Dieselpartikler og carbon black nanopartikler er omtrent like farlige å puste inn

Ny forskning fra Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, det danske søsterinstituttet til Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI), viser at dieselpartikler utløser samme reaksjoner som carbon black nanopartikler hos mus når de får partiklene ned i lungene. Det tyder på at carbon black kan påvirke vår helse på samme måte som dieselpartikler.

Kontakt *Steen Møllerup*, Seniorforsker, PhD (TOKS)

Artikkelen er knyttet til temaene [Partikler og kjemikalier - røyk, gass, støv](#) og [Kreft](#) (lenkene er direkte klikkbare).

Mange blir utsatt for partikler fra dieseleksos i sitt arbeidsmiljø, og i storbyene kan en også være utsatt for dieselpartikler i omgivelsene. Innånding av dieselpartikler kan potensielt ha stor betydning for vår helse.

Dieselpartiklers helsemessige betydning er grundig undersøkt vitenskapelig, og funn viser at det å bli utsatt for dieselpartikler øker risikoen for å få luftveissykdommer, hjertekarsykdommer, sykdom i nervesystemet og reproduktive sykdommer som nedsatt sæd kvalitet. WHO's ekspertgruppe for klassifisering av kreftfremkallende stoffer (IARC) klassifiserte nylig innånding av partikler fra dieseleksos som kreftfremkallende for mennesker (gruppe 1).

Sammenlignbare funn

Forskere fra Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA) har også tidligere undersøkt hvordan mus reagerer på carbon black nanopartikler i lungene. En kan se mange paralleller til dieselpartikler. Partikler fra dieseleksos består av en kjerne av kullstoff akkurat som carbon black, samt ulike metaller og tjærestoffer. Forskerne har derfor undersøkt dieselpartikler på nøyaktig samme måte. Dette for å kunne gjøre en relevant sammenligning.

Dieselpartikler gir samme effekt på helsen som carbon black

Resultatene av undersøkelsene viser at dieselpartikler gir de samme reaksjoner som carbon black nanopartikler hos mus som fikk partiklene i lungene. Musene fikk en langtids betennelsestilstand i lungene, det oppstod DNA-skader i lungevevet og det oppstod en såkalt akutt-faserespons i lungene, som er kroppens normale måte å bekjempe infeksjon på.

– Den eneste forskjellen på de to typene partikler var at perioden med en økt forekomst av DNA-skader var kortere etter å ha blitt utsatt for dieselpartikler sammenlignet med carbon black nanopartikler, forklarer Ulla Vogel, professor og leder av Dansk Center for

Nanosikkerhet på NFA. At disse to typer partikler utløser de samme reaksjoner hos mus, betyr at forskerne kan trekke på kunnskap fra andre epidemiologiske studier (om dieselpartiklers helsemessige effekter på mennesker) når de på bakgrunn av dyreforsøk skal vurdere mulige effekter for mennesker ved innånding av carbon black nanopartikler.

– Våre resultater tyder derfor på, at innånding av carbon black nanopartikler har samme helseeffekter for mennesker som innånding av partikler fra dieseleksos, forklarer Ulla Vogel videre.

Interessante funn – kommenterer forsker fra STAMI

– I en nylig publisert studie har NFA sammenliknet toksiske effekter av dieseleksospartikler og carbon black nanopartikler. Disse har ulikt opphav og ulike kjemiske/fysiske egenskaper. Blant annet har partiklene ulik størrelse og innholdet av kreftfremkallende polysykliske aromatiske hydrokarboner (PAH) er ca. 3.000 gange høyere i dieselpartiklene.

– På tross av dette fant man indikasjoner på at helseeffekter etter inhalasjon av de to typene partikler kan være ganske like. Dette er svært interessant, men flere studier må dog gjøres innen man kan uttale seg sikkert om dette, sier Steen Møllerup, som er seniorforsker ved Avdeling for kjemisk og biologisk arbeidsmiljø hos Statens arbeidsmiljøinstitutt.

– Det ble benyttet referanse-dieselpartikler fra National Institute of Standards & Technology (SRM1650b), som har vært brukt i mange studier. Det gir et godt grunnlag for sammenlikning med resultater fra andre undersøkelser. Utfordringen med disse partiklene er at de er av eldre dato (samlet opp i 1985 fra en motor uten partikkelfilter). Både motor- og brennstoffteknologi er i stadig endring og moderne dieselmotorer har mye lavere utslipp av partikler samtidig som partiklene er mye mindre og har mindre innhold av PAH i dag enn tidligere.

– Relativt lite er dog kjent om disses toksiske effekter. Spesielt interessant vil det være å sammenlikne toksiske effekter av partikler fra biodiesel. Også bensinmotorer har utslipp av partikler, men disse er meget små og kan derfor vise seg å ha andre toksiske profiler blant annet på grunn av økt potensial for opptak gjennom lungene og transport til andre organer via blodbanen, sier Møllerup videre.

Referansekode i 'Helserådet': ARB 2015-31. Stikkord: Dieselpartikler. Nanopartikler.



Valnøtter: – Ta gjerne en liten håndfull hver dag!

Å innta en håndfull valnøtter kobles opp mot bedre diett og bedre kolesterolnivå i ny BMJ-studie.

Publisert: 2015-12-01 14:20

Lasse Moe lasse.moe@dagensmedisin.no

BIDRAR: – Valnøtter ser ut til å bidra til lavere kolesterolverdier og at endotelcellenes funksjon blir bedre. Noe som på sikt blant annet kan redusere risikoen for åreforkalkning, sier Steinar Madsen.

En studie publisert i [BMJ Open Diabetes Research & Care](#) (direkte klikkbar lenke) viser at de som deltok i studien og spiste en håndfull valnøtter, hadde overordnet bedre diett og en forbedring i kolesterolnivå.

– Valnøtt-dietten var assosiert med forbedret funksjon i blodårens cellevegg og forbedring i kolesterolnivå etter seks måneder. Det påvirket imidlertid ikke blodtrykk eller glukose-nivåer, melder British Medical Journal (BMJ) i en pressemelding. Tidsskriftet skriver at totalt- og LDL-kolesterolnivå falt signifikant, blant dem som spiste valnøtter hver dag.

Se hele artikkelen fra Dagens Medisin ved å gå inn på eller klikke på

<http://www.dagensmedisin.no/artikler/2015/12/01/en-handfull-valnotter/>

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2015-88. Stikkord: Valnøtter.

Bakterier i tarmen avgjør hva som er den beste maten for deg

(forskning.no 5.12.2015)

Bakterier i tarmene våre har stor betydning for hvordan vi reagerer på maten vi spiser. Oppdagelsen bør pensjonere de generelle kostholds-rådene, mener dansk forsker.

Kristian Sjøgren, journalist, videnskab.dk

Hvis to personer spiser den samme maten, reagerer blodsukkeret ulikt. En is kan for eksempel føre til at blodsukkeret stiger for den ene, men ikke for den andre.

Det viser ny forskning, som også tyder på at det skyldes sammensetningen av tarmbakterier.

Derfor bør leger og ernæringsfysiologer ta med tarmbakteriene i betraktning når de setter opp kostholdsplaner for overvektige eller personer med diabetes. Det forteller en av forskerne bak den nye studien til det australske mediet ABC.

- Les også: **Forgiftet innenfra** (direkte klikkbar lenke)

– Hvis kroppen min reagerer annerledes på en matvare enn kroppen din, kan den være bra for meg, men ikke for deg, eller omvendt, forteller hovedforfatter Elan Elinav, som er professor ved vitenskapsinstituttet Weizmann i Tel Aviv i Israel.

Elinav har designet et dataprogram som kan gjøre arbeidet for legene og ernæringsfysiologene. Den nye studien er publisert i det vitenskapelige tidsskriftet Cell.

Se hele artikkelen fra forskning.no samt en del relatert materiale ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/helse-bakterier-menneskekroppen/2015/11/tarmbakteriene-avgjør-hva-som-er-den-beste-maten-deg-0>.

Referansekode i 'Helserådet': ERN 015-89. Stikkord: Bakterieinnhold i tarm.

Sild er enda sunnere enn du trodde (forskning.no 12.12.2015)

Sild er rik på sunt omega-3-fett. Nå har forskere funnet og dokumentert at en annen fettkomponent i silda også er helsefremmende.

Reidun Lilleholt Kraugerud, Kommunikasjonsrådgiver. En artikkel fra **Nofima**.

Sild har naturlig høyt innhold av ketolinsyre. Ketolinsyre er en fettsyre som hittil ikke har fått så mye oppmerksomhet. Men nå er det dokumentert at den har helsefremmende egenskaper.

Seniorforsker Bente Ruyter og kolleger i matforskningsinstituttet Nofima har gjort forsøk som viser at ketolinsyre stimulerer cellene våre til å omdanne korte omega-3-fettsyrer til de sunne, lange marine omega-3-fettsyrene.

Forskningen har vært gjort på leverceller fra mennesker og fra laks. Begge celleforsøkene viste at ketolinsyre i ren form stimulerte til økt dannelse av det sunne, lange omega-3-fettet.

Se hele artikkelen fra forskning.no samt en del relatert materiale ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/fisk-mat-og-helse/2015/12/sild-er-enda-sunnere-enn-du-trodde>.

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2015-90. Stikkord: Sild. Ketolinsyre.

Hva har fin utsikt å si for helsa? (forskning.no 28.11.2015)

Forskere mener å ha funnet en sammenheng mellom friske mennesker og vakre omgivelser.

Ulla Gjeset Schjølberg, journalist

Det trengs kanskje ikke omfattende studier for å vise at det er bedre å se utover fjell og natur enn det er å se rett inn i veggen til nabohuset. Men har det noe å si for helsa vår?

- Les også: **Naturen påvirker oss** (direkte klikkbar lenke)

Forskere fra Warwick Business School tror utsikt og omgivelser påvirker oss. De har nylig gjennomført en studie som tar for seg nettopp dette.

Henvendte seg til befolkningen

I studien har forskerne brukt tall fra et internettspill som heter Scenic-Or-Not hvor brukerne blir bedt om å vurdere utsikten fra ulike deler av Storbritannia. Da studien ble gjennomført, hadde 1,5 millioner vurderinger blitt registrert.

Så fant forskerne fram tall fra spørreundersøkelser hvor deltakerne ble bedt om å vurdere egen helse.

- Les også: **Naturen i Oslo er verdt milliarder** (direkte klikkbar lenke)

Forskerne så at de som bodde i områder som ble vurdert som ekstra fine, opplevde egen helse som bedre enn de som bodde blant mindre pene omgivelser.

Men trenger det å være en sammenheng her? Eller kan det være andre ting som gjør at de med fin utsikt føler seg friskere?

Se hele artikkelen fra forskning.no som også gir tilgang til annet relatert materiale, ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/helse/2015/11/hva-har-fin-utsikt-si-helsa>.

Referansekodei 'Helserådet': MHV 2015-72. Stikkord: Utsikt.



International Scientific Forum on Home Hygiene

The Leading Source of Scientific, Professional & Consumer Information

IFH Newsheet December 2015

1. Latest from IFH

Restoring public confidence in hygiene: IFH/RSPH conference Thurs Feb 11th 2016

Book by 17th Dec to take advantage of "early bird" registration for as little as £79

Evidence now shows that the hygiene hypothesis is a misnomer. Despite this, the ongoing publicity, and the idea that we are "too clean for our own good" continue to undermine public confidence in hygiene. This is happening at a time when issues such as the threat of global pandemics and antibiotic resistance mean that hygiene is becoming more rather than less important.

Experts still agree that microbial exposure is key to regulating our immune system and reducing the risks of allergies and other diseases, but now realise that the exposures we need are not infections, but the largely on-harmful species that populate and share our world. It also seems that the problem has arisen, not as the result of hygiene and cleanliness as the public perceive it, but as the inadvertent consequences of a whole range of what we consider to be beneficial lifestyle, medical, nutritional and public health changes which have occurred in our modern lives.

The key questions that this conference will examine are, "How can we develop an approach to hygiene, which protects us against infectious disease whilst also adopting lifestyles and health policies (such as natural childbirth, breastfeeding, dietary changes, outdoor activity, reduced use of antibiotics) which reconnect us with vital microbes?" Also, "How can we reframe the so-called hygiene hypothesis so that it is no longer seen as an issue related to cleanliness and hygiene?"

For more details and booking form go to:

<https://www.rsph.org.uk/en/courses-conferences-and-events/index.cfm/are-we-too-clean-reframing-the-hygiene-hypothesis>

2. Launch of 'iNternational Resource for Infection Control' (iNRIC)

The UK National Resource on Infection Control has been relaunched as the 'iNternational Resource for Infection Control' (iNRIC). The resource is still found at www.nric.org.uk.

The evidence-based iNRIC portal has been upgraded and expanded to reach an international audience, in particular, infection prevention and control professionals in Africa through a joint collaboration with ICAN. iNRIC brings together the best available on-line, evidence-based resources on infection prevention and control.

The new website went live during International Infection Prevention Week 19–24 October 2015. It is aimed at Infection Prevention and Control professionals, trainees and all healthcare staff who require up-to-date, evidence-based information in infection prevention and control and the infectious disease domain. It remains freely available to all.

3. Other news and new research

Handwashing and community management of infections

In the Oct 24th edition of the Lancet (2015;386:1603-4) van Weel looks at managing infection in the home and everyday life, and the importance of community engagement in managing outbreaks. He says, "Influenza has strong potential to transfer, and encounters in everyday life are important in population spread. Wherever people meet there is risk of transmission, suggesting that the community is where protection against further spread needs to be orchestrated. Vaccination, personal hygiene (including handwashing), and measures against crowding are recommended measures".

He reviews the study by Little et al 2015, of an internet-based handwashing promotion in 16,000+ UK households. After 16 weeks, 51% of individuals reported one or more episodes of respiratory-tract infections in the intervention group compared with 59% in the control

group. Importantly, this reduction was accompanied by lower demand for professional care (11% vs 10%), and fewer antibiotic prescriptions (617 vs 535).

Use of the internet to reach households is innovative, with households as the key focus, and empowerment of people to care for their own health a core objective. The study not only recruited substantial participation, representative of the primary care population, but also retained commitment to self-care over time.

Protection of individuals (particularly those at high risk), prevention of community spread, and early identification of individuals in need of treatment are key to management of outbreaks. Processes managed by communities do not add to the burden of professional healthcare – a particular issue during influenza pandemics. Equally, the small effects on individual risk and decreased demand on primary care services could add up to a substantial benefit. Influenza, of course, is only one of the infectious diseases that affect populations.

Van Weel concludes, “An exciting way forward to support communities in coping better with various infectious diseases might therefore be in promotion of the intervention through a community participation approach”.

Thousands of microbes found in house dust

Researchers from the University of Colorado analysed the dust from 1,200 households across the USA. The average household had more than 2,000 different types of fungi. These included *Aspergillus*, *Penicillium*, *Alternaria* and *Fusarium*. Most fungi appeared to be coming from outside the home, probably entering on clothing, or through open doors and windows. Researchers also discovered an average of 7,000 different types of bacteria per household. Some, such as *Staphylococcus* and *Streptococcus*, were commonly associated with human skin. Others, such as *Bacteroides* and *Faecalibacterium*, were linked to faeces. But here, the species varied according to who – or what – was living in the house.

Since some kinds of bacteria are more common on women's bodies than on men's, it was hardly surprising that there were distinctions between homes that included women and homes that were male-only. Pets also had a significant effect on the bacteria found in the homes. The researchers now want to find out how sharing our homes with these organisms could affect human health. While some microbes may be linked to disease and allergies, they say most are probably harmless – and some may even be beneficial.

The study [is published in: Proceedings of the Royal Society B](#), Published 26 August 2015. DOI: 10.1098/rspb.2015.1139

Risks of legionella infection from household plumbing?

A new review looks at the infection risks associated with organisms such as *Legionella pneumophila*, *Mycobacterium avium* and *Pseudomonas aeruginosa*, which can persist and grow in household plumbing.

Water travels through the public water system to the home, where it is distributed through the pipes, water taps, shower heads, and the hot water heater. Harmless microbes that present no health risks grow freely in household plumbing, but under the right conditions, potentially harmful pathogens such as *Legionella* and *Pseudomonas aeruginosa* can also grow and flourish. These microbes are referred to as “opportunistic pathogens”, which present little or no risk until they multiply in large numbers in places where stagnant water accumulates, such as shower heads and the sediment in hot water heaters. They can then cause infection if they are ingested, or inhaled as droplets from the shower head. Those with compromised immune systems are at higher risk from these opportunistic pathogens.

The review concludes that the frequency of these infections is rising and will likely continue to rise, due to the fact that the number of at-risk individuals is increasing. However, it is possible to take measures (e.g. raise hot water heater temperatures and filter water) to reduce home exposure. Flushing the toilet in the early morning is advisable – one toilet flush can take care of a good deal of that older water sitting around overnight in the plumbing system. Allowing the shower to run for a few minutes before taking a shower will clear any organisms which have grown in the stagnant water of the shower head since the previous use.

The review can be found at *Environ Health Perspect* 123:749-758; <http://dx.doi.org/10.1289/ehp.1408692> .

Also find more at: <http://www.waterandhealth.org/potentially-harmful-pathogens-home/>

Study shows larger families have more infections

A study from the University of Utah reveals that big families have viral infections for 87% of the year. The study is one of the first long-term studies to use modern diagnostics to track common viruses in kids and their families. The year-long research project kept track of influenza, parainfluenza and rhinovirus. The team found that people living in childless houses are infected with viruses just 3-4 weeks per year. Adding a single child to the household increases the figure to 18 weeks – 35% of the year – and a second to 29 weeks. In a family with 6 children, there is a virus in the household for up to 45 weeks per year.

The correlation is clear, but the cause is uncertain. The researchers found that young children may be to blame: those under five had viruses in their nasal mucus for 50% of the year, and when infected were 1.5 times more likely to display symptoms, such as coughing that would spread the infection. The study also shows, however, that only half of people who tested positive for viral infections actually displayed symptoms such as coughing and fever.

The results are [published in *Clinical Infectious Diseases*](#) 2015, Aug 4th, DOI: 10.1093/cid/civ486

It's transmission doc, but not as we know it

In an interesting blog posted by Jon Otter in "Reflections on Infection Prevention and Control", he describes a new study that provides new insights into the transmission of bacteria in the Intensive Care Unit setting using Whole Genome Sequencing (WGS). The authors performed WGS on virtually all bacterial isolates from ICUs in a USA hospital for a year. The first surprise was that 12% of the bacteria considered clinically relevant were previously undescribed. The next surprise was that, whilst transmission of the usual suspect pathogens (MRSA, VRE etc.) was rare, 9% of the other bacteria were shared by multiple patients, often with overlapping hospital admissions. This suggests that there is a significant transmission going on undetected in the ICU setting. The blog can be found at: <http://reflectionsipc.com/2015/08/13/its-transmission-doc-but-not-as-we-know-it/> - comments

The study can be found at: <http://journals.plos.org/plosgenetics/article?id=10.1371/journal.pgen.1005413>

MRSA infection remains a back to school risk

USA Today reports that a private Washington school is one of the latest schools to be hit by MRSA infections, which are most commonly thought to affect elderly hospital patients. Two of the high school football team's players had skin infections caused by MRSA, (Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*). The outbreak illustrates just how vulnerable young athletes can be to MRSA, which is both difficult to treat and highly contagious.

The report says, "It's not unusual to see outbreaks of skin infections. Prince William County, VA. public school system reported a confirmed case in January, March and May of this year". "Unfortunately, it has gotten to the point where it has gotten more and more common," says Kevin Kavanagh, a physician and superbug expert who runs a Kentucky-based patient advocacy organization called Health Watch USA.

CDC says 2% of people carry MRSA, although most of them aren't infected. A much higher percentage of Americans – about 30% – carry staph, but not all are resistant to antibiotics. Among staph cultures from outpatient settings, 51% were resistant to Methicillin nationally, and the number was higher in some regions.

These latest reports stress that anyone playing sports or exercising should be sure to clean mats or equipment, since MRSA discharge on a surface or clothing can infect another person. While "skin is a good barrier," people may not realize that even a small open skin wound (such as those occurring with contact sports) can make them susceptible to infection. Effective laundering of sports clothing is also key to prevent onward transmission e.g. to family members.

The USA Today report can be found at:

<http://www.usatoday.com/story/news/2015/09/01/mrsa-superbug-back-school-risks-st-albans/71489354/>

Interventions to improve water quality and prevent diarrhoea

A new Cochrane review evaluates trials of interventions to improve water quality. It includes 55 studies and >84,000 participants. Most were conducted in low- or middle-income countries (50 studies), with unimproved water sources (30 studies), and unimproved or unclear sanitation (34 studies).

On average, distributing disinfection products for use in the home may reduce diarrhoea by around one quarter in the case of chlorine products (*low quality evidence*), and around a third in the case of flocculation and disinfection sachets (*moderate quality evidence*). Water filtration at home probably reduces diarrhoea by around a half (*moderate quality evidence*), and effects were consistently seen with ceramic filters (*moderate quality evidence*), biosand systems (*moderate quality evidence*) and LifeStraw® filters (*low quality evidence*). Plumbed-in filtration has only been evaluated in high-income settings (*low quality evidence*). In low-income settings, distributing plastic bottles with instructions to leave filled bottles in direct sunlight for at least six hours probably reduces diarrhoea by around a third (*moderate quality evidence*).

Overall the authors concluded that point-of-use interventions may be important interim measures to improve drinking water quality until reliable, in home, piped-in water connections are available. Comparisons between estimates do not provide evidence of superiority of one intervention over another, since study setting, design, and population confound such comparisons.

The review can be found at: http://www.cochrane.org/CD004794/INFECTN_interventions-improve-water-quality-and-prevent-diarrhoea

4. Do we know the difference between hygiene and cleanliness – editor's opinion

Darrel Hicks in the USA has been trying to promote discussion on this issue, which I happen to believe is causing a lot of confusion at all levels, from infection control practitioners to cleaning personnel, to the public. He talks about this on his website at: <http://darrelhicks.com/what-do-we-mean-by-cleaning-and-disinfection> and he has also been putting it forward on internet IP sites <http://outbreaknewstoday.com/what-do-we-mean-by-clean-and-disinfection-89136/> and on the APIC IP and Hospital infection control linked in discussion sites.

I absolutely agree with his sentiments. So long as the term "clean" continues to be used without specifying whether we are referring to visibly/socially clean or microbiologically clean (fit for purpose) we will continue to reinforce the public view that if it's visibly clean it is also microbiologically clean. Although we can see if a surface is visibly clean, the problem is, "How do we see whether a surface is

hygienically clean?" The answer to this is "we can't". We have to get the public to understand that, the only way we can know this is by being confident we have applied the prescribed process e.g. we have washed our hands in the prescribed manner.

The problem is finding a universally acceptable term to describe "microbiologically clean/fit for purpose". "Processed" or "decontaminated" seems fine for hospitals, but not for the public? Sanitised is another word that we use. I think the best we could ever do is achieve universal acceptance that the term "clean" should not be used without a descriptor which makes it clear whether we mean visibly or microbiologically clean.

Are soaps and detergents microbiocidal?

In two recent media reports, experts were quoted (or misquoted) as saying that they are. In an article about antibacterial wipes the expert was quoted as saying "wipes that contain old fashioned soap work, because the soap is antibacterial, helping to destroy fats in the cell wall of bacteria and viruses. Another quote was, "I don't use antibacterial wipes or gels for washing my hands as soap and water is much more effective; the detergent kills bacteria whilst scrubbing physically gets them off". I have been searching for data on the microbicidal efficacy of soaps or detergents but can find none published. Can anyone help?

Even if it was a journalist's misquote, it shows we just don't seem to understand the basic principles of how to get surfaces (including hand surfaces) hygienically fit for purpose where there is infection risk. Several times in conversations with journalists, I find that they believe that, during handwashing, the soap "gets rid" of the microbes, whilst the rinsing is just to remove the soap from our hands. The whole thing gets more and more confusing for consumers and everyone else to understand.

What's the best method for "cleaning" hospital rooms?

A new review about cleaning of hospital room surfaces to prevent infection illustrates that misleading terminology problems also afflict hospitals. In the introduction, the authors say, "Environmental cleaning is a complex, multifaceted process and involves the physical action of cleaning surfaces to remove organic and inorganic material, followed by application of a disinfectant. What this is saying is that "cleaning" is "cleaning and disinfection"!!

The review is summarised in an internet news site that continues the confusion. They say, "Very little research addresses the best ways to **disinfect** and **sanitise** hard surfaces in a hospital room. The investigators found only 5 randomized, controlled trials that explored the best ways to **disinfect** surfaces. Fewer than 35% of the studies focused on spread of disease due to **unclean surfaces** and most studies only examined the effectiveness of a single **cleaning** product or method, rather than comparing it against others.

Han JH, et al. Cleaning Hospital Room Surfaces to Prevent Health Care-Associated Infections. *Annals of Internal Medicine* 2015 Aug 11 issue.

http://www.philly.com/philly/health/hospitals/HealthDay702191_20150810_What_s_the_Best_Method_for_Cleaning_Hospital_Rooms_.html#Z8rk3M6YQhQes7Xk.99

Send responses to: sallyfbloomfield@aol.com

5. New resources

Communal yoga mats and infectious diseases: IFH hygiene advice sheet

This hygiene advice sheet has been put together to provide background information and advice on infection risks from communal yoga mats and how to prevent them. This briefing document has been produced for those who work in healthcare professions, the media and others (including the public) who are responsible for providing guidance or wish to obtain guidance. A number of different infections have the potential to be transferred via communal yoga mats including athlete's foot, staphylococcus skin infections, warts and gastrointestinal infections. We all shed skin particles all the time, particularly when we are active. Microbes on our skin become attached to these particles and are thus deposited onto the mats. This risk is greater if the mats are not cleaned after each use and are stored in such a way that any sweat or moisture remaining on the mat does not dry out as quickly as possible.

The resource can be found at: <http://www.ifh-homehygiene.org/factsheet/communal-yoga-mats-and-infection>

Top tips for kitchen hygiene in the home at Christmas

Christmas is traditionally a time to invite friends and family around for a festive celebration! One Christmas present we can all do without is a bout of food poisoning. Yet statistics reveal that there is always a rise in food borne infections around the Christmas period.

This IFH advice sheet has been put together to give practical advice on how to prevent food poisoning at Christmas.

The resource can be found at: <http://www.ifh-homehygiene.org/factsheet/top-tips-kitchen-hygiene-home-christmas>

Referansekode i 'Helserådet': PER 2015-14. Stikkord: IFH. Hygiene. Hjemmehygiene.

7 nye bokomtaler:

(alle lenkene nedenfor er direkte klikkbare)

Det har kommet ut mange interessante bøker dette året, og Vegard Schanke har lest og omtalt flere av dem. Den nyeste omtalen er av boka [Nye psykoaktive stoffer. En rusmiddelrevolusjon?](#) Dette er en antologi med Anne Line Bretteville-Jensen og Ola Røed Bilgrei som redaktører. I følge omtalen bidrar denne boken til å sette lys på den best tilgjengelige kunnskap om nye psykoaktive stoffer.

En annen antologi er [Psykisk Helse. Nye arenaer, aktører og tilnæringer](#) redigert av Dagfinn Ulland, Anne Brita Thorød og Erna Ulland. «Dette er ikke en ordinær bok om psykisk helsearbeid, men en bok interesserte i temaet neppe vil legge fra seg. Boken formidler relevant og aktuell forskning og er samtidig nyskapende. En varm og sjelden bok for alle», skriver Schanke.

Les også de andre bokomtalene;

[Barn i risiko- skadelige omsorgssituasjoner](#), av Øyvind Kvellø

[Ungdom, vold og overgrep - skolen som forebygger](#) skrevet av Carolina Øverlien,

[Forebygging av kriminalitet](#) av Tore Bjørgo,

[Inkluderende læringsmiljø](#) av Inger Bergkastet, Charlotte Duesund og Tone Skyseth Westvig,

[Implementering. Å omsette teorier, aktiviteter og strukturer i praksis](#) en antologi redigert av Pål Roland og Elsa Westgård.

© 2015 - Forebygging.no

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

Referansekode i 'Helserådet': RUS 2015-19. Stikkord: KoRus-Nord.

DAGENS
Medisin

11.12.2015

– Vektøkning mellom graviditeter kan påvirke barnets overlevelse

En ny svensk studie viser at når mor går opp i vekt mellom to graviditeter, øker risikoen for dødfødsel og spedbarnsdød. – Mor må prioritere sin egen helse mellom svangerskapene, kommenterer professor Rolv Skjærven.

Mari Rian Hanger, mari.rian.hanger@dagensmedisin.no

:

Studien er publisert i [The Lancet](#). (direkte klikkbar lenke) /www.helsebiblioteket.no

Professor Sven Cnattingius ved Karolinska Institutet har ledet studien. Han understreker at denne typen dødsfall er svært sjeldne også hos barn av kvinner med høy vektøkning.

50% økt risiko

Studien viser blant annet at kvinner som økte sin BMI med minst 4 enheter fra første til andre graviditet, hadde 50 prosent høyere risiko for dødfødsel i andre graviditet enn en kvinne som beholdt samme vekt i begge graviditeter.

4 enheter tilsvarer ca 11 kg hos en middels høy kvinne.

BMI ble målt i løpet av de første 14 ukene av første og andre graviditet.

Første leveår

For kvinner som var normalvektige ved første graviditet, innebar økt BMI i andre graviditet også økt risiko for død i løpet av første leveår for barnet.

Dersom BMI økte med minst fire enheter økte risikoen med 60 prosent, sammenlignet med om kvinnen holdt vekten.

Se hele artikkelen fra Dagens Medisin ved å gå inn på eller klikke på

http://www.dagensmedisin.no/artikler/2015/12/11/vektokning-mellom-graviditeter-kan-pavirke-barnets-overlevelse/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified .

Referansekode i 'Helserådet': SEX 2015-32. Stikkord: Vektøkning i graviditet.

Røyking i svangerskapet setter spor i barnets gener

(forskning.no 2.12.2015)

Med en enkel blodprøve fra barnet kan forskere se klare tegn etter røykingen, selv etter fem år.

Ulla Gjeset Schjølberg, journalist.

Det er vel ingen tvil: Du burde ikke røyke mens du er gravid. Det er det mange grunner til. Men nå viser forskere hvilken effekt røyken har på barnet – helt nede på DNA-nivå.

Forskere har tidligere vist at [røyking kan påvirke barnets gener](#). Selv mormors røyking under sitt svangerskap [kan føre til astma hos barnebarnet](#). (Begge disse lenkene er direkte klikkbare).

Nå kan en ny studie bekrefte at ikke bare har røykingen en effekt på barnets gener; den fortsetter å ha en effekt fem år etter fødselen. 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/royking-i-svangerskapet-har-langvarig-effekt> .

Referansekode i 'Helserådet': TOB 2015-37. Stikkord: Røyking i svangerskapet.

.....

Tidsskrift for Den norske legeforening – nett 7.12.2015:

Kommentar og debatt

Legemidler til røykeslutt på blå resept?

N Sugandiran

Regjeringen bør fjerne nikotinhengighet fra «moralparagrafen» i legemiddelforskriften, slik at legemidler til hjelp ved røykeslutt kan skrives på blå resept.

Se hele artikkelen fra Legetidsskriftet ved å gå inn på eller klikke på <http://tidsskriftet.no/article/3429203> .

Referansekode i 'Helserådet': TOB 2015-38. Stikkord: Røykeslutt. Blå resept.

E-sigaretter kan inneholde giftstoffer (forskning.no 8.12.2015)

Men det er uklart om de frie radikalene i dampen er skadelige for helsa.

Ida Kvittingen, journalist

Dampen du drar inn i lungene fra en e-sigaret, inneholder frie radikaler.

Det er ørsmå molekyler som reagerer svært lett med andre stoffer de kommer i kontakt med. I andre sammenhenger er det vist at frie radikaler kan skade cellene i kroppen og trolig bidra til sykdommer som kreft. I mindre mengder kan noen typer radikaler være helt greie, for eksempel [balanserer kroppen frie oksygenradikaler med antioksidanter](#) (se direkte klikkbar lenke). Men blir det for mye av dem, kan de skade oss.

Molekylene finnes det mange av i tobakksrøyk og luftforurensning. Og altså i mindre mengder i e-sigaretter, viser en studie fra amerikanske Penn State Milton S. Hershey Medical Center.

Forskerne målte innholdet i de bitte små dråpene i dampen, aerosolene, til kjente e-sigaretter-merker. Der fant de svært ustabile frie radikaler som potensielt kan være gift for kroppen.

Se hele artikkelen fra forskning.no samt en del relatert materiale ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/helse-royking-naturvitenskap-kjemi/2015/12/e-sigaretter-inneholder-potensielle-giftstoffer> .

Referansekode i 'Helserådet': TOB 2015-39. Stikkord: e-sigaretter.



Einar Braaten: *Kommunelegens blogg 28.11.2015:*

Tuberkuloseundersøkelser og miljøundersøkelser

Smittevern er noe av det mest spennende jeg gjør som kommunelege. Kanskje fordi det ligger så nær til vanlig klinisk legearbeid? Hjernehinnebetennelse, influensa, diareesykdommer, reisesykdommer og tuberkulose (tb). Jeg har gått gjennom hvordan vi gjennomfører tuberkulose undersøkelser, snakket litt med kolleger og korrigerer egen metodikk utfra andres erfaring. [Jeg vil ikke skrive om teorien, lov og forskrifter. Det kan du best lese om å Folkehelsas nettsider.](#) (direkte klikkbar lenke)

[Tuberkuloseveilederen er obligatorisk lesing for oss kommuneleger!](#) (direkte klikkbar lenke)

Jeg vil prøve å beskrive hvordan vi praktisk jobber med de vi skal undersøke:

- Alle henvendelser om tuberkuloseundersøkelse skal starte med registrering av personen i vår elektroniske journal: CGM Helsestasjon (heretter kallet EPJ).
- Registreringen skjer på vår helsestasjon. Tilgang til programmet skal være på kommunens lukkede nett både for helsesøster og kommuneoverlege/smittevernlege
- Hvis det er noen annen enn personen selv som tar kontakt, skal det enten skrives inn i et journalnotat hvem dette er eller brev/epost skannes inn i journalen
- Helsesøster kan opprette et "hjelparkiv" for oppfølging av pasienter. Når en oppfølging avsluttes, skal opplysningene i EPJ oppdateres og papirarkivet slettes.
- Brevveksling om pasienter skal foregå gjennom EPJ
- Epikriser, prøvesvar eller brev skal føres inn i EPJ hvis de ikke mottas elektronisk til journalen

Ved miljøundersøkelse

- Melding om tbc smitteførende syk person kommer fra tuberkulose-koordinator (Tbc-k) på sykehuset. Hos oss; Vestre Viken helseforetak.
- Tbc-k har som regel gjennomført en smittekartlegging
- Hvis ikke tbc-k har gjort dette, avtales samtale med indekspasienten og avklares de nærmeste smittekontaktene; "indre sirkel" i smitteoppsporingsarbeidet
- Det opprettes en papirmappe på saken
 1. Denne skal inneholde [Folkehelseinstituttets hjelpeskjema](#) (direkte klikkbar lenke) med oversikt over smittekontakter
 2. Mappen skal merkes med NPR-ID (Nasjonalt Pasient Register) Dette får du av tuberkulosekoordinatoren.
 3. Alle kontakter i saken skal merkes med NPR-ID
- Alle personkontakter i smitteoppsporingen skal registreres i EPJ de skal merkes med "Gul lapp" hvor NPR-ID skrives inn og at det er en del av en miljø-us. Denne lappen slettes når miljø-us er ferdigstilt.
- Alle henvisninger og prøverekvisisjoner skal skje gjennom EPJ
- **Hvis en smittekontakt har bosted utenfor kommunen**
 1. Kommuneoverlegen sender et brev til bostedskommunen med anmodning om at pasienten kalles inn. Husk å be om tilbakemelding av resultater
 1. Brevet bør ikke inneholde navn på indekspasienten, men NPR-ID og beskjed om at dette nr skal brukes ved henvisning til videre undersøkelse og testing
 2. Brevet skrives i EPJ og sendes
- Når miljøundersøkelsen er gjennomført og kan avsluttes:
 1. Rydde i mappen, renskrive kladder og makulere unødvendige papirer Pasientopplysninger skal skannes inn i EPJ.
 2. Lister, behandlingsplaner og melding om oppstart og avslutning av miljøundersøkelsen arkiveres i mappa
 3. Samlerapporten til Folkehelsa sendes, kopi i mappen
 4. Papirmappen arkiveres på Helsestasjon, evt seinere i fjernarkiv.

Det ser så ryddig ut når jeg leser over det, men veldig ofte er det uoversiktlig og vanskelig å få alle opplysninger og personer på plass. Spesielt opplever jeg at det er vanskelig med sesongarbeidere som kun er her kort tid (3 mnd), reiser hjem for å komme tilbake året etter. Når de er her, jobber de gjerne på flere steder og gjerne i flere kommuner! I dette arbeidet er helsesøsterkompetansen uvurderlig og helt nødvendig for at vi får gjennomført undersøkelser og testing.

Med økt antall flyktninger/asylsøkere som kommer til landet blir dette arbeidet viktigere, større og vanskeligere.

Takk til smittevernoverlegen i Drammen; Einar Sagberg for hjelp til å korrigere egne rutiner!

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015-247. Stikkord: Tuberkulosekontroll. Braaten, Einar.

Fra danske Sundhedsstyrelsen 30.11.2015:

NORDISK KONFERENCE OM ULIGHED I SUNDHED

Red. innledning: Det er interessant og gledelig å se at helsemyndighetene i de tre skandinaviske landene er opptatt av likheter (og ulikheter) mellom landene når det gjelder sosiale forhold og helse. Det har nylig vært avholdt en konferanse i København om dette temaet. Selv om konferansen altså allerede har funnet sted, gjengis allikevel programmet, ikke minst fordi det i forbindelse med konferansen er utarbeidet en rapport om temaet: "Tackling Health Inequalities Locally – the Scandinavian Experience". Rapporten og dens 11 anbefalinger ble presentert på konferansen. Omtalen fra Sundhedsstyrelsen lyder slik:

Sundhedsstyrelsen i Danmark, Folkhälsomyndigheten i Sverige og Helsedirektoratet i Norge holder i samarbejde med kommune-organisatioenerne fra de tre lande (KL, SKL og KS) en konferanse om forhold, der kan fremme eller være barrierer for gjennomførelsen av innsatser til at redusere den sosiale ulighet i sundhed.

Læs mere (direkte klikkbar lenke). Du får da også tilgang til hele rapporten.

Referansekode i 'Helserrådet': ULI 2015-17. Stikkord: Nordisk konferanse om sosial ulighet i helse.



Helsedirektoratet

8.12.2015:

Sosial ulighet påvirker barns psykiske utvikling

Sosiale forskjeller i språk-, sosioemosjonell og kognitiv utvikling har betydning for barns helse, trivsel og muligheter til å lykkes i skolegang og arbeidsliv. Dette er ett av hovedfunnene i ny rapport fra Regionalt kunnskapssenter for barn og unge Vest.

Psykisk helse er en uttalt satsning i folkehelsepolitikken, og Helsedirektoratet har fått i oppdrag å bygge opp kunnskap og kapasitet i forvaltningen om psykisk helse i folkehelsearbeidet. I den forbindelse har direktoratet fått utarbeidet to rapporter fra ledende fagmiljøer på området.

Sammenheng mellom levekår og psykisk utvikling

Lavere sosioøkonomisk status har blitt sett i sammenheng med høyere forekomst av en rekke ulike helseplager og økt dødelighet. Tormod Bøe ved Regionalt kunnskapssenter for barn og unge Vest (RKBU Vest) har gjort en oppsummering av ledende perspektiver innenfor den psykologiske forskningen om sammenhengen mellom lav sosioøkonomisk status og psykiske vansker hos barn og unge. På oppdrag fra Helsedirektoratet har RKBU Vest utarbeidet [rapporten «Socioøkonomisk status og barn og unges psykologiske utvikling: Familiestress-modellen og familieinvesteringsperspektivet»](#) (direkte klikkbar lenke)

Han viser blant annet til at sosiale forskjeller i språk-, sosioemosjonell- og kognitiv utvikling har betydning for barns helse og trivsel, og for mulighetene til å lykkes i skolegang og arbeidsliv. Bøe viser også til at familiens levekår har betydning for barns utvikling.

– Kunnskap om hvordan foreldrenes utdanning og inntekt har betydning for barn og unge er nyttige innspill i samfunnsutviklingsprosesser og i utformingen av tjenester rettet mot barn, unge og deres familier. Vi er derfor glade for at RKBU Vest har belyst dette i sin rapport, sier avdelingsdirektør Ole Trygve Stigen i Helsedirektoratet.

Ulikhet i helse og livskvalitet påvirkes av sosiale forhold

– Barna er vår viktigste ressurs, og barns helse og livskvalitet bør være fokus for alle som jobber med samfunnsutvikling. Barn burde ha like muligheter til å leve gode liv med god helse. Slik er det dessverre ikke, og mulighetene er ikke likt fordelt i samfunnet, sier Stigen. Flere norske studier har påvist negative konsekvenser for barn ved å vokse opp med dårlige levekår. De har blant annet større risiko for psykiske plager og lidelser.

Sosiale relasjoner og deltagelse viktig for livskvalitet

– Vi har god dokumentasjon på sammenhengen mellom sosiale relasjoner og helse. Dårlige eller utilstrekkelige sosiale relasjoner er en risikofaktor for tidlig død. Sammenhengene er komplekse og det er mange forhold ved sosiale relasjoner og sosial deltagelse som er av betydning, sier Stigen.

– Psykososiale faktorer som sosial støtte, deltagelse og medvirkning spiller altså en viktig rolle for menneskers helse og livskvalitet, men vi trenger mer kunnskap om hvordan slike forhold er fordelt i befolkningen. Derfor har vi bedt SSB om å gjøre en analyse av sosial ulighet i sosial støtte, kontakt og deltagelse, sier Stigen.

I rapporten «Deltaking, støtte, tillit og tilhørighet. En analyse av ulighet i sosiale relasjoner med utgangspunkt i levekårsundersøkelsene» (direkte klikkbar lenke) viser forskerne Lene Sandvik og Anders Barstad hvordan blant annet kort utdanning, lav inntekt og helseproblemer kan være barrierer for deltagelse. Kunnskap om slike barrierer spiller en viktig rolle i arbeidet med å legge til rette for deltagelse i lokalmiljøet og i frivillige organisasjoner.

SSB omtaler rapporten på sine egne nettsider (ssb.no) (direkte klikkbar lenke).

Referansekode i 'Helserrådet': ULI 2015-18. Stikkord: Barn. Psykisk utvikling.

Barn som pårørende

Rapporten «Barn som pårørende» som legges frem i dag setter søkelyset på en sårbar gruppe. – Barn som pårørende har et stort behov for informasjon og hjelp uten at dette blir fulgt godt nok opp alle steder.

– Også deler av helsetjenesten har et forbedringspotensial, sier divisjonsdirektør Johan Torgersen i HelseDirektoratet.

På konferansen Barn som pårørende 30. november presenteres ny kunnskap fra en omfattende studie av barn som pårørende. Studien er et samarbeid mellom fem helseforetak i tre helseregioner og har vært ledet av professor Torleif Ruud fra Akershus universitetssykehus.

– For første gang får vi en bred beskrivelse av de utfordringene barn møter, og ikke minst, fordi mer enn 240 barn er intervjuet, får vi høre barnas beskrivelse av egen situasjon og deres behov. Dette er svært viktig kunnskap å ta med seg når vi skal jobbe videre med hvordan vi som samfunn kan ivareta disse barna og ungdommene på en best mulig måte, sier Torgersen.

Studien ser nærmere på livssituasjonen og hvordan barna mestrer hverdagen med foreldre som har rusmiddelproblemer, psykisk lidelser og/eller alvorlig somatisk sykdom. Alvorlig sykdom rammer ofte en hel familie og helsetjenestene må bli bedre til å ha et barne- og familieperspektivet. Studien er den mest omfattende som har vært gjort – også internasjonalt.

Last ned rapporter

I tillegg til hovedrapporten Barn som pårørende er det også utarbeidet to levekårsrapporter og en rapport som ser på barn som pårørende med innvandrerbakgrunn som utfyller hovedrapporten (alle er direkte klikkbare).

- [Barn som pårørende](#) (hovedrapport)
- [Barn og ungdom som har foreldre med rusmiddelproblemer](#) (leveskårsrapport)
- [Voksne pårørende til personer med rusmiddelproblemer](#) (leveskårsrapport)
- [Oppfølging av barn som pårørende i familier med innvandrerbakgrunn \(nakmi.no\)](#)

Frykter senskader

Av rapporten går det også frem at barn som pårørende kan møte ulike risikofaktorer. Flere studier har vist at en betydelig del av barna kan få emosjonelle problemer.

– Når vi fra tidligere forskning vet at barn som vokser opp med rusmiddelproblemer hos en av eller begge foreldre har økt risiko for å utvikle egne rusmiddelproblemer og økt risiko for psykiske lidelser, understreker dette ytterligere behovet for å utvikle bedre tjenester for gruppen barn som pårørende, sier Torgersen. Han understreker også betydningen av at foreldre med rusmiddelproblemer må identifiseres og få hjelp til å slutte og ruse seg.

Hjelp å få

HelseDirektoratet jobber nå med en veileder som omhandler både voksne pårørende og barn som pårørende. Den nye kunnskapen som nå fremkommer vil bli tatt inn i arbeidet med denne veilederen. Samtidig viser rapporten at barn, når de først får hjelp, i overveiende grad er fornøyd med den hjelpen de får, og mest med hjelpen de får fra familien.

– Det viser at det kan være viktig å involvere den nærmeste familien og at de kan være en viktig ressurs i arbeidet med å gi denne gruppen barn og unge et bedre liv, sier Torgersen.

Mer om barn som pårørende (lenkene nedenfor er direkte klikkbare)

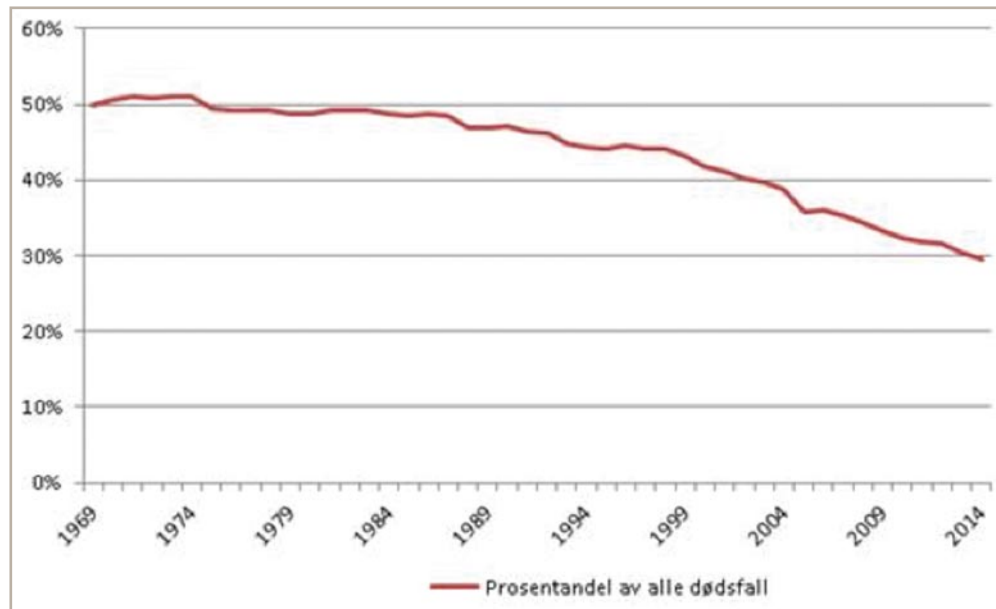
- [Barn som pårørende \(rundskriv\)](#)
- [BARweb.no](#), hvor barn og unge kan dele erfaringer med hverandre.
- [BarnsBeste \(sshf.no\)](#). Nasjonalt kompetansesenter for barn som pårørende. Her kan helsepersonell få mer kunnskap om hvordan de skal legge til rette for barn som pårørende.

Referansekode i 'Helserådet': UNG 2015-22. Stikkord: Barn som pårørende.

Færre nordmenn dør av hjerte- og karsykdommer

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=116619>.

Mindre tobakksbruk og bedre kosthold har bidratt til at Norges største dødsårsak er på vei ned.



Folkehelseinstituttet (FHI) publiserte 4. november en ny årsrapport fra Dødsårsaksregisteret. Rapporten viser at andelen av dødsfall som skyldes hjerte- og karsykdommer gikk ned også i 2014.

Andelen var 29,6 prosent i 2014. Høyeste målte nivå var 51 prosent i 1974.

– Som kjent blir det stadig flere eldre i befolkningen. Dette har holdt både andeler og antall døde av hjerte- og karsykdommer høye i flere år, selv når dødeligheten målt i aldersjusterte rater har gått ned, sier Sidsel Graff-Iversen, som forsker på folkesykdommer for FHI.

Hjerteinfarkt-epidemi etter 2. verdenskrig

Det var en hjerteinfarkt-epidemi med kraftig stigning i 1950 og 1960-årene. Når vi ser på dødelighet per 100 000 innbyggere, og justerer for alder, flatet kurven ut allerede i 1970-årene og sank deretter kraftig, særlig fra 1990 og fremover.

Denne endringen startet hos de yngre voksne og spredte seg til eldre. Innen hjerte- og karsykdommene er sykdom i hjertets egne blodårer, inkludert akutt hjerteinfarkt, den største enkeltsykdommen. Hjerneslag kommer som nummer to.

– Så utviklingen for disse sykdommene preger kurven ovenfor, som gjelder alle typene hjerte- og karsykdom.

Både kosthold og røykevaner endret seg i 1970-årene, noe som gjorde at færre ble rammet av hjerte- og karsykdom. Folk lever dessuten lengre og bedre liv nå enn før, selv om de rammes av en hjerte- eller karsykdom. Både akuttbehandling og medisinsk oppfølging av pasienter har blitt mye bedre de siste årene.

Kiloene er ikke avgjørende

Stemmer det virkelig at hjerte-helsen blir bedre, når flere og flere blir overvektige? Riktignok øker gjennomsnittsverken, og stadig flere voksne kommer i kategorien «overvektig». Dette øker risikoen for type 2 diabetes, som på sikt øker risikoen for hjerte- og karsykdom. Men når det gjelder hjerte- og karsykdom, er ikke kiloene det viktigste.

Allerede i 1960-årene tydet forskningen på at hva vi spiser har langt større betydning.

Siden 1975 har vi redusert inntaket av mettet fett, som man gjerne finner i margarin, kjøtt og fete meieriprodukter.

– Å helle smeltet margarin over grønnsaker og poteter var helt standard før i tiden. Det gjør folk sjeldnere nå.

Dessuten har margarinindustrien sluttet å bruke transfett, en type industribehandlet fett som er ekstra dårlig for blodårene.

Lettmelk og annet nymotens

Noen oppfinnelser satte riktignok tålmodigheten på prøve hos norske husmødre. – I 1984, da lettmelken ble lansert, mente mange det

var et unødvendig påfunn: «Vi kan jo bare blande ut helmelken med skummet!».

– Men etter hvert som lettmelken slo an, har den har nok gjort en stor forskjell, forteller Graff-Iversen.

En annen viktig endring gjelder frukt og grønnsaker. Dette var sesongvare i Norge etter 2. verdenskrig, men med økt import og fryse-disker, fikk butikkene stort utvalg gjennom hele året. Da fikk disse varene også større plass på matfatene våre. Bruken av grønnsaker, frukt og bær øker for hvert år. Alle disse kostforandringene har nok vært med å redusere hjerte- og karsykdommer.

Tobakk og likestilling

Tobakk øker også risikoen for hjerte- og karsykdommer, og antallet røykere har gått kraftig ned de siste tiårene.

I 1955 røykte hele 70 prosent av voksne menn. Krefttrisikoen ved røyking var godt kjent allerede rundt 1960, men det tok noe lengre tid før det ble helt klart at tobakken også var skadelig for hjerte og kar.

Andelen røykere sank langsomt blant menn gjennom 1970-årene, både fordi noen sluttet og fordi det ble færre røykere i de yngre generasjonene. Men i disse årene begynte stadig flere kvinner å røyke, og vi fikk en ny, kvinnelig «røykerbølge» som toppet seg rundt 45 prosent av voksne kvinner.

Annonser fra den tiden appellerte ofte til kvinner, ved at røyking ble forbundet med å være vakker, omsvermet og selvstendig. Vi fikk forbud mot tobakksreklame i 1975, noe som trolig bidro til at ikke enda flere kvinner begynte med tobakk. Og i 2004 kunne man ikke lenger røyke på restaurant.

– Antallet røykere har gått kraftig ned, selv om 15 prosent av voksne menn og kvinner fortsatt røyker daglig. Nedgangen har bidratt mye til nedgangen i hjerte- og karsykdommer, sier Graff-Iversen.

Blodtrykk fortsatt en gåte

De første norske befolkningsundersøkelsene for blodtrykk ble gjort i 1950- og 1960-årene. Senere er det gjort blodtrykksmålinger i norske fylker siden 1972, og resultatene viser at nordmenn har lavere blodtrykk enn før.

Dette har også bidratt til at færre får hjerte- og karsykdommer, siden høyt blodtrykk øker risikoen for slike sykdommer.

– Vi vet lite om hvorfor blodtrykket i befolkningen har gått ned. For eldre kan det skyldes bedre medisiner, men dette forklarer ikke det som har skjedd i den yngre befolkningen.

Når Norge målet?

Nå har Verdens helseorganisasjon lansert en stor satsing som Norge er med på. Målet er å redusere dødeligheten enda mer! Dette gjelder ikke bare hjerte- og karsykdommer, men også kreft, kronisk lungesykdom og diabetes.

Målet er å redusere antallet tidlige dødsfall av disse fire sykdomsgruppene med minst 25 prosent innen 2025, med 2010 som utgangspunkt. (I Norge gjelder død før 75 års alder som for tidlig.)

Målet skal nås ved å redusere fire kjente årsaksforhold: Tobakksbruk, usunn kost, stillesitting og skadelig bruk av alkohol. I tillegg skal riktig bruk av legemidler, god behandling ved sykdomstilfeller og rehabilitering bidra til at man lever et bedre og lengre liv dersom man blir syk.

Publisert: 13.11.2015, endret: 16.11.2015, 13:17

Referansekode i 'Helserådet': HST 2015-33. Stikkord: Hjerte- og karsykdommer.

1. desember:

Verdens aidsdag markeres

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=116783> .

Solidaritetsdagen for hiv/aids markeres i en rekke byer. Årets slagord er: #Bryt tausheten. Bli med på #hivsløyfing. I 2014 ble det i Europa diagnostisert mer enn 142 000 personer med hivinfeksjon.



Verdens aidsdag (VAD) er et årlig internasjonalt arrangement som gjennomføres i Norge av en rekke organisasjoner som jobber med hiv/aids i til daglig, men med forskjellige innfallsvinkler. Verdens aidsdag arrangeres i år flere steder; Bergen, Tromsø, Oslo, Karasjok, Trondheim, Halden og Drammen.

- [Les mer om de forskjellige arrangementene i Norge.](#)

Hivsituasjonen i Norge

Etter å ha hatt en relativt stabil hivsituasjon under 1990-tallet, økte antall påviste hivtilfeller på begynnelsen av 2000-tallet. Dette skyldtes i all hovedsak flere hivpositive innvandrere som var smittet i sitt tidligere hjemland før ankomst til Norge, samt en betydelig økning av smitte blant menn som har sex med menn (msm).

De siste fire årene har man sett en liten nedgang i antall diagnostiserte tilfeller. Dette skyldes hovedsakelig færre nye hivsmittede innvandrere. Antall meldte tilfeller blant msm har holdt seg stabilt de senere årene. Blant msm som er smittet i utlandet, enten ved innvandring eller etter utreise fra Norge har antall hivtilfeller økt. Samtidig har man sett at antall msm som smittes i Norge har gått noe ned de siste årene.

Økt testaktivitet, kondombruk og flere hivsmittede på effektiv behandling er fortsatt de viktigste forebyggende tiltakene. Når behandlingen gir effekt vil dette også innebære at virus i kroppsvæsker reduseres kraftig, med påfølgende redusert smittsomhet.

Heteroseksuell smittespredning blant personer som er bosatt i Norge er fortsatt forholdsvis sjeldent. De fleste i denne gruppen er menn som smittes i utlandet, spesielt i Thailand. Det skjer lite nysmitte blant injiserende misbrukere i Norge. Totalt er det per slutten av 2014 diag-nostisert 5622 hivpositive i Norge (3 803 menn og 1 819 kvinner).

- [Hivsituasjonen i Norge per 31.12.2014](#) (pdf)

Europa: Mer enn 142 000 med hivinfeksjon diagnostisert i 2014

WHO's Europaregion melder om over 142 000 nye tilfeller av hivinfeksjon i 2014. Det utgjør det høyeste tallet registrert på ett rapporteringsår siden registreringen startet på 1980-tallet. De nyeste overvåkingsdata utgitt av European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) og WHO's regionkontor for Europa viser at veksten av hivepidemien får størst bidrag fra den østlige delen av regionen, der antall nye diagnoser er mer enn fordoblet i løpet av det siste tiåret.

Dr. Zsuzsanna Jakab

Heteroseksuell smitte utgjør hovedtyngden for økningen i Øst-Europa, og overføring gjennom sprøytebruk er også fortsatt betydelig der. I EU-land og EØS-området er sex mellom menn den gruppen som viser størst økning av nysmitte med hiv. To av tre nye hivinfeksjoner er blant innfødte europeere, mens utenlandsfødte personer, inkludert innvandrere, utgjør bare en tredjedel av hivdiagnoser.



Dr. Zsuzsanna Jakab

- Til tross for alle anstrengelser for å bekjempe hiv, har den europeiske regionen (i 2014) nådd mer enn 142 000 nye hivinfeksjoner, det høyeste antallet noensinne. Dette er en alvorlig bekymring, sier Dr. Zsuzsanna Jakab, regiondirektør for WHO i Europa.

Pressemelding fra ECDC: [Europe records highest number of new HIV cases in 2014](#)

Publisert: 30.11.2015, endret: 30.11.2015, 16:17

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015-248. Stikkord: Hiv. AIDS.

Zikafeber - gravide bør beskytte seg mot myggstikk ved reise

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=116772>.

Brasilianske myndigheter melder om en økning i tilfeller av fosterskaden mikrocefali i nordøstlige delstater i landet. Økningen faller sammen med et pågående utbrudd av zikafeber, en virussykdom som overføres med mygg. Det anbefales at gravide er spesielt nøye med myggbeskyttelse.

Selv om det ikke er fastslått en sikker sammenheng mellom zikafeber og fosterskader, bør gravide være spesielt nøye med myggbeskyttelse hvis de reiser til områder med pågående zikafeberutbrudd.

Mikrocefali er en nevrologisk tilstand som hos nyfødte gir liten hodeskalle og underutviklet hjerne.

I Brasil og noen andre områder

Brasilianske myndigheter rapporterer at det i delstaten Pernambuco hittil i år er meldt 141 tilfeller av mikrocefali mot normalt cirka 10 tilfeller årlig. Det er også rapportert økning av mikrocefali i delstatene Paraíba og Rio Grande do Norte. Alle de berørte delstatene har siden mai 2015 hatt et pågående utbrudd av zikafeber. Zikaviruset er påvist i fostervannet hos et par av barna med mikrocefali.

Franske helsemyndigheter rapporterer også om et økt antall tilfeller av mikrocefali og andre misdannelser i sentralnervesystemet etter zikautbruddet på Fransk Polynesia i 2013-14. Mange av mødrene som fødte barn med fosterskade hadde ikke symptomer på zikafeber, men blodprøver tyder på at noen hadde vært smittet.

Zikafeber ble første gang påvist på det amerikanske kontinent i 2014. Det er nå rapportert pågående utbrudd i store deler av Brasil, i Columbia og i Surinam. Det er også pågående utbrudd på Kapp Verde i Vest-Afrika og Samoa i Oseania.

Zikafeber forårsakes av et virus som overføres med mygg, og symptomene er vanligvis milde.

Utbruddsområder for zikafeber per november 2015 er:

- Brasil
- Colombia
- Surinam
- Samoa
- Kapp Verde

Reiseråd

Det finnes ingen vaksine mot zikafeber. Beskyttelse mot myggstikk er derfor det eneste forebyggende tiltaket. I motsetning til malariamyggen, biter myggen som sprer zikaviruset også om dagen. Selv om det foreløpig ikke er funnet en sikker sammenheng mellom gjennomgått zikafeber og fosterskader anbefales det at gravide som oppholder seg i områder med pågående utbrudd er svært nøye med å beskytte seg mot myggstikk ved å:

- bruke klær som dekker kroppen (langmet skjorte, lange bukser og sokker)
- bruke myggmidler, eventuelt sove under myggnett og sprøyte boligen med insektmiddel. Myggmidler bør benyttes også på dagtid og innsmeringen gjentas ved svette.

Myggbeskyttelse er spesielt viktig for gravide i første og andre trimester, dvs. graviditet under 26 uker. Også andre enn gravide bør beskytte seg mot myggstikk når de oppholder seg i områder med zikafeber.

Mer om zikafeber

Zikafeber er en sykdom forårsaket av zikavirus som overføres med mygg og forekommer i Asia, Afrika og Oseania og siden 2014 også i Sør-Amerika. Tiden fra smitte til utbrudd av sykdommen (inkubasjonstiden) er vanligvis 3-12 dager. Symptomene er vanligvis milde og varer 2-7 dager med feber, øyebetennelse, leddsmerter og utslett. Noen kan utvikle nevrologiske og autoimmune komplikasjoner som Guillain-Barré syndrom.

Symptomene kan være vanskelig å skille fra andre myggoverførte sykdommer som denguefeber og chikungunyafeber. Det er kun rapportert ett tilfelle av zikafeber i Norge hos en norsk turist som hadde oppholdt seg på Tahiti under utbruddet på øya i 2014. Det europeiske smittevernsenteret (ECDC) har publisert en risikovurdering om en mulig sammenheng mellom fosterskader og Zikafeber:

- [Microcephaly in Brazil potentially linked to the Zika virus epidemic – Rapid risk assessment](#) (ECDC, 2015)

Les mer om sykdommen:

- [Zikafeber \(Smittevernboka\)](#)

Publisert: 27.11.2015, endret: 30.11.2015, 14:28

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015-249. Stikkord: Zikafeber. Brasil.

Smitteverndagene 2016, Oslo 4. og 5. april

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=116712>.

Smitteverndagene 2016 arrangeres på Radisson Blu Plaza Hotel i Oslo 4. og 5. april, med start mandag kl. 10.00 og avslutning tirsdag kl. 15.00. Hold av disse dagene. Program og mulighet for påmelding via internett kommer senere

Smitteverndagene er primært beregnet for smittevernansvarlig lege i kommunen og andre som arbeider med smittevern i kommunene. Andre interesserte er velkomne til å melde seg på. Har du spørsmål eller temaer du ønsker skal bli tatt opp på konferansen, kan du sende en e-post til msis@fhi.no

Det vil også i 2016 bli arrangert dagskurs i utbruddshåndtering for kommuneleger i tilslutning til Smitteverndagene. Program og mulighet for påmelding til dette kurset kommer senere.

Publisert: 21.11.2015, endret: 21.11.2015, 19:51

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015-252. Stikkord: Smitteverndager.

Vaksineregistrering i SYSVAK hos asylsøkere med DUF-nummer

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=116787>.

I forbindelse med økningen av asylsøkere til Norge har Folkehelseinstituttet (FHI) tilrettelagt for mottak av vaksinasjonsmeldinger på DUF-nummer i det nasjonale vaksinasjonsregisteret SYSVAK (Nasjonalt vaksinasjonsregister).

DUF-nummer er det tolvstifrede identitetsnummeret som utstedes av Utlendingsdirektoratet (UDI) til alle som søker om opphold i Norge. All vaksinasjon er meldepliktig, det er derfor viktig å få disse vaksinedataene registrert i SYSVAK så snart som mulig etter vaksinasjonen.

Følgende innrapporteringsmuligheter er tilgjengelig for registrering på DUF-nummer. Dette gjelder kun innrapportering på personer som ikke har fått tildelt norsk fødsels- eller D-nummer. Dersom de har fått ett av disse to numrene, skal innrapportering til SYSVAK skje på disse og ikke DUF-nummer.

- 1) Elektronisk via journalsystemene CMG Journal og System X
- 2) Skjema på papir – tilgjengelig fra [SYSVAK registreringskjema](#)

Mottakene må beholde kopi i helsejournalen som sendes med personen. Medisinsk informasjon skal fortsatt gå mellom helsetjenestene i mottakskommunene. Ved sykdomsutbrudd vil informasjon kunne hentes ut gjennom manuelt oppslag i SYSVAK.

Etterregistrering av vaksiner gitt før ankomst til Norge

Etterregistrering av vaksiner gitt til barn før ankomst til Norge avventes som vanlig til norsk fødsels- eller D-nummer foreligger, da kan registreringen kan gjøres som normalt via journalsystemet.

Mer informasjon: (direkte klikkbare lenker)

[Brev: Innrapportering av vaksinasjoner på personer med kun DUF-nummer \(Folkehelseinstituttet\)](#)

Informasjonsbrevet om tilretteleggingen blir sendt til landets kommuner i uke 49.

[Asylsøkeres helse: Vaksinasjon](#)

Publisert: 30.11.2015, endret: 30.11.2015, 13:39

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015-250. Stikkord: SYSVAK. Vaksinasjon av asylsøkere. Asylsøkere.

Oppdaterte råd om vaksinasjon av asylsøkere

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=116864>.

Vaksinasjonsråd til asylsøkere oppdateres. De siste anbefalinger som er lagt til omhandler vaksinering mot sesonginfluensa. Grunnet forskjeller lokalt i kommuner kan arbeidet organiseres noe forskjellig, men tuberkulosescreening, samt MMR- og poliovaksinering skal prioriteres.

Influensasезongen nærmer seg. Barn og voksne asylsøkere i de definerte risikogrupperne bør få tilbud om influensavaksine for å redusere alvorlig sykdom og død som følge av influensa. Det enkelte mottak og kommune står imidlertid fritt til å velge andre strategier utover vaksinering av de allerede anbefalte grupperne. Ved knappe ressurser bør tuberkulosescreening og vaksinering mot MMR og polio prioriteres fremfor sesonginfluensavaksinering.

Under menypunktet [Vaksinasjon](#) publiseres oppdaterte vaksinasjonsanbefalinger både for barn og voksne asylsøkere.

Publisert: 04.12.2015, endret: 04.12.2015, 14:45

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015-253.



Forebygging og håndtering av influensa på asylmottak

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=116892> .

Svineinfluensaviruset A(H1N1), som er påvist i asylmottak, er nå å betrakte på lik linje med andre sesongbaserte influensavirus. -H1N1-viruset var et større problem i 2009 fordi ingen var immune og svært mange ble smittet. Nå er en betydelig andel immune mot dette viruset og utbredelsen av smitte dermed begrenset. Trolig ble mellom 1 og 2 millioner smittet i 2009, mot normalt noen hundre tusen i en vanlig influensavinter, sier overlege Siri H. Hauge ved avdeling for infeksjonsovervåkning ved Folkehelseinstituttet.

Tre ulike virusvarianter

Det er de siste ukene blitt rapportert om noen tilfeller av influensa hos beboere på asylmottak. Det er, som i befolkningen for øvrig, påvist både influensa A(H1N1), A(H3N2) og influensa B. Influensa A(H1N1), (på folkemunne kalt svineinfluensa,) har sirkulert hvert år siden pandemien i 2009, og er nå et virus på lik linje med andre sesonginfluensavirus. Årets influensavaksine dekker dette viruset. Hvert år sirkulerer de tre influensavirusene influensa A(H1N1), A(H3N2) og influensa B. Hvilket virus som vil dominere denne vinteren er det for tidlig å forutsi. Foreløpige analyser av influensaprøver fra asylsøkere i mottak viser forekomst av alle de tre virusene. Disse virusene er også påvist blant den generelle befolkningen, men foreløpig er forekomsten lav.

5 til 10 prosent får influensa

De ulike influensa-typene smitter på samme måte, gir samme sykdomsbilde og behandles og forebygges med samme virkemidler. Vi kan ikke si at en type er mer alvorlig enn en annen. Vurderingene og rådene gitt under gjelder derfor uavhengig av hvilket influensavirus som sirkulerer.

Fem til ti prosent av befolkningen får influensa hvert år og noen år blir flere smittet. Barn blir oftere syke enn voksne, fordi de i mindre grad har immunitet mot influensa, samt har dårligere hoste- og håndhygiene og dermed smitter hverandre lettere.

Dråpesmitte

Influensa smitter i hovedsak fra person til person med dråpesmitte. Inkubasjonstiden er cirka én til tre dager og sykdommen varer som regel sju til ti dager, men kortere forløp forekommer også. Sykdomsbildet kan variere fra mildt eller asymptomatisk, til sykehusinnleggelse. Det er i hovedsak personer i risikogrupperne som blir alvorlig syke, men også tidligere friske personer kan bli alvorlig syke og dø av influensa, selv om dette er sjeldent.

Det typiske kliniske bildet er:

- Akutt feber (over 38 grader)
- Luftveissymptomer (tørhoste og/eller tung pust)
- Allmennsymptomer (sykdomsfølelse, hodepine eller muskel-/leddsmerter)

Diagnosen influensa er særlig aktuell når virus sirkulerer i omgivelsene, eller pasienten har vært i nærkontakt med andre med influensa. Diagnosen skal også vurderes hos pasienter med lungebetennelse eller annen generell infeksjon uten kjent årsak. Små barn med feber kan ha diffuse symptomer som utilpasshet, sutring, brekninger og vegring av mat/drikke.

Asylsøkere gir ikke økt risiko

Influensasyke asylsøkere og flykninger utgjør ikke en økt risiko for smitte sammenliknet med andre som blir syke. Inkubasjonstiden for influensa er noen få dager, og de fleste er blitt smittet i tiden etter avreise fra hjemlandet - mest sannsynlig i Norge. Personer som oppholder seg / bor tett med andre personer på mottak, kan imidlertid bli utsatt for et større smittepress enn andre.

Forebygging av influensa

Forebygging av influensa består av generelle smitteverntiltak og influensavaksine:

- God hånd -og hostehygiene.
- Bruk papirlommetørkle foran munn og nese når du hoster eller nyser. Kast lommetørkleet etter bruk, vask deretter hendene.
- Bruk albukroken når du må hoste eller nyse, dersom du ikke har papirlommetørkle tilgjengelig.
- Vask hendene ofte og grundig, spesielt når du har vært ute blant folk.
- Hånd-desinfeksjon med alkoholholdige midler er et alternativ når håndvask ikke er mulig.

Helsepersonell skal følge basale smittevernrutiner og anbefales influensavaksinering for å beskytte seg selv og sine pasienter. Munnbind anbefales bare til syke og helsepersonell (se avsnitt under). Folkehelseinstituttet anbefaler at alle personer som tilhører risikogrupper tilbys den årlige influensavaksinen. I tillegg anbefales alt helsepersonell å ta vaksinen for å beskytte både sine pasienter og seg selv mot smitte.

Det enkelte mottak og kommune står imidlertid fritt til å velge andre strategier utover vaksinering av de allerede anbefalte gruppene, inkludert ansatte. Det kan ta opptil to uker før man oppnår full effekt av influensavaksinering, og slik vaksinasjon vil derfor ikke ha umiddelbar effekt når det gjelder å hindre videre spredning av et pågående utbrudd. Eventuell influensavaksinasjon skal ikke skje på bekostning av den anbefalte MMR-vaksineringen.

[Plakat og nedlastbar brosjyre om råd som forebygger influensa \(norsk og engelsk\)](#) (direkte klikkbar lenke)

[Influensavaksine og risikogrupper](#)

Utbrudd på asylmottak

Ved utbrudd av luftveissykdom på mottak er det viktig å få avklart hvilket smittestoff det dreier seg om. Prøvetaking bør derfor gjøres særlig i starten av utbruddet, og deretter fortsette prøvetaking av mindre omfang senere i utbruddet. For å begrense spredning av infeksjoner bør rommene ikke fylles mer enn nødvendig. Man bør også unngå at folk flytter mellom ulike rom.

Det vil i mange tilfeller være vanskelig å isolere syke pasienter. Smittede som ikke blir tildelt eget rom/område kan bruke munnbind innendørs i mottaket for å redusere smittefare til andre. Helsepersonell som undersøker syke personer anbefales også å bruke munnbind. Andre, friske beboere anbefales ikke å bruke munnbind med mindre de steller syke personer. Munnbind anbefales heller ikke ved ferdsel utenfor mottaket. Slik bruk vil kunne bidra til økt smittefrykt, samtidig som det ikke effektivt hindrer videre smitte.

Folkehelseinstituttet anbefaler ikke at man innfører atferdsrestriksjoner for personer med influensa. Pasienter som utredes med tanke på smittsom tuberkulose må ikke plasseres sammen med pasienter med mistenkt influensa.

Eventuell flytting av personer med akutt infeksjonssykdom til andre steder (andre mottak/kommuner) må vurderes i hvert enkelt tilfelle.

[Råd om håndtering av influensa i primærhelsetjenesten.](#) (direkte klikkbar lenke).

Publisert: 08.12.2015, endret: 08.12.2015, 16:26

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015-254. Stikkord: Influensa. Svineinfluensa.

Råd ved utbrudd av gastroenteritt og hepatitt A i ankomstsentre og asylmottak

Lenke/referanse til denne artikkelen: .

Utbrudd av gastroenteritt eller hepatitt A har større spredningspotensiale enn ellers i samfunnet på steder der hvor mange mennesker samles og bor tett, som for eksempel ved ankomstsentre og asylmottak. I dette miljøet kan et stort antall mennesker raskt bli syke.

Utbruddene er vanligvis forårsaket av virus, men kan også være forårsaket av bakterielle infeksjoner. Folkehelseinstituttet har utarbeidet et informasjonsskriv om håndtering av slike enkelttilfeller og utbrudd:

- [Håndtering av enkelttilfeller eller utbrudd av gastroenteritt og hepatitt A i ankomstsentre og asylmottak](#) (pdf)

Under menypunktet [Utbrudd i asylmottak](#) publiseres oppdatert informasjon og der finnes også fakta om hvilke sykdommer som skal varsles, og hvordan dette gjøres.

Publisert: 03.12.2015, endret: 03.12.2015, 16:50

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015-255. Stikkord: Asylmottak.

Skadedyr i flyktningmottak

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=116798> .

Mange flyktningmottak kan oppleve problemer med kakerlakker og veggedyr. Disse kan lett komme med bagasje langs hele flyktningruten.

Det anbefales å fryse all bagasje ved ankomst. Frysing er imidlertid tidkrevende. For å drepe alle stadier av veggedyr, inkludert eggene, kreves minimum 3 døgn ved -18 °C, eller to døgn ved -24 °C. Kulde bruker lang tid på å trekke inn til kjernen av en tettpakket klesbunt. Varme er raskere og krever som kjernetemperatur kun to timer ved +48 °C. En infestasjon av kakerlakker og veggedyr vil kreve hjelp fra et skadedyrfirma.

Veggedyr

- [Informasjon om veggedyr for asylsøkere \(på engelsk\)](#) (pdf)
- [Informasjon om veggedyr for asylsøkere \(på arabisk\)](#) (pdf)

- [Informasjon om veggedyr for asylsøkere \(på norsk\)](#) (pdf)
- [Informasjon om veggedyr til personal asylmottak](#) (pdf)

Tilbakefallsfeber

I perioden juli til oktober 2015 er det hos flyktninger i Europa observert 27 tilfeller av lusebåren tilbakefallsfeber, forårsaket av spiroketen *Borrelia recurrentis*. Den overføres av kroppslus, også kalt kleslus. Disse likner hodelus, men legger egg i klær. Ved regelmessig vask og skifte av tøy vil kroppslusen ikke kunne formere seg. Spredning på flyktningmottak anses derfor som lite sannsynlig. To andre lusebårne infeksjoner, epidemisk flekkfeber og skyttergravsfeber, er hittil ikke observert.

Skabb

Noen flyktningmottak har opplevd tilfeller av skabb. Skabb lever under huden på mennesker, og smitter hovedsakelig gjennom nær kroppskontakt over tid, ikke ved kortvarige håndtrykk.

- [Skabb og asylsøkere](#)

Publisert: 30.11.2015, endret: 01.12.2015, 11:38

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015-256. Stikkord: Skadedyr. Flyktningmottak.

Vaksineavdelingens tjenester jul og nyttår 2015

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=116917>.

Vaksineavdelingen er bemannet i uke 52 (til og med 23.12) og i uke 53 (28.-30.12). Rådgivingstelefonen er bemannet kl. 13-14.30, men ellers har vi et noe begrenset tilbud av tjenester disse to ukene. SYSVAK-telefonen er ikke bemannet, og det blir ikke ordinær vaksineutsending.

Epost-henvendelser til SYSVAK vil bli håndtert i uke 52 og 53.

Preparater til øyeblikkelig hjelp vil som alltid bli distribuert ved behov.

På grunn av nye krav pakkes mange vaksiner på en annen måte enn tidligere, og leveringstiden har økt. Vaksinatorer bør ta høyde for dette ved bestilling av vaksiner. Vi oppfordrer generelt til å bestille vaksiner seinst to uker før planlagt vaksinasjon, men vi gjør vårt beste for at vaksiner bestilt i uke 50 blir sendt ut før jul (uke 51).

- [Utlevering av vaksiner og immunglobuliner til øyeblikkelig hjelp](#)

Publisert: 10.12.2015, endret: 10.12.2015, 13:38

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015-257. Stikkord: Vaksiner. Folkehelseinstituttet.

Tetraxim tilgjengelig – identisk med Tetravac. Kun tilgjengelig til barnevaksinasjonsprogrammet og stamcelletransplanterte

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=116915>.

Folkehelseinstituttet har fått DTP-IPV-vaksine til lager igjen. På grunn av leveringsproblemer er vaksinen Tetravac ikke tilgjengelig i normale pakninger, og vi har midlertidig utenlandske pakninger med Tetraxim. Tetraxim og Tetravac er identiske. Vaksinen er kun tilgjengelig til bruk i barnevaksinasjonsprogrammet, og til personer som har gjennomgått stamcelletransplantasjon.

Aktiv substans, formulering og tilvirkningsmetode er identisk, og vaksinene administreres på nøyaktig samme måte. Siden vaksinene er identiske får alle som bestiller Tetravac tilsendt Tetraxim, med et følge-brev som forklarer situasjonen, og med norsk pakningsvedlegg for Tetravac vedlagt. Restnoterte bestillinger på Tetravac blir sendt ut denne uken (50).

Folkehelseinstituttet har blitt lovet nok DTP-IPV-vaksine til å dekke barnevaksinasjons-programmet i 2016, men på grunn av langvarige leveringsproblemer har vi ikke noe beredskapslager av denne vaksinen. Det kan derfor bli korte perioder hvor vi er tom for Tetravac/Tetraxim i påvente av neste leveranse. Inntil annen beskjed blir gitt bør vaksinatorer fortsatt vente med å planlegge 2. klas-

sevaksinasjon til de har bestilt og mottatt vaksinen.

Vi har reservert noe Tetravac/Tetraxim til stamcelltransplanterte. Andre voksne som trenger DTP-IPV grunnvaksinasjon må få enkeltkomponentvaksiner mot difteri, stivkrampe og poliomyelitt så lenge beholdningen rekker. Det er leveringsproblemer på enkeltkomponentvaksine mot difteri og mot poliomyelitt. Det finnes ikke enkeltkomponentvaksine mot kikhoste.

Publisert: 10.12.2015, endret: 11.12.2015, 16:46

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015-258. Stikkord: Tetravac.

Vaksinasjon av premature med Prevenar 13 - feil i pakningsvedlegget

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=116872>.

Det er avdekket en feil i pakningsvedlegget for pneumokokkvaksinen Prevenar 13. I pakningsvedlegget står det at premature barn kan starte vaksinasjon ved 6 måneders alder. Dette er feil. Premature barn kan vaksineres fra 6 ukers alder, på lik linje med fullbårne barn. Doser gitt fra alder 8 uker er tellende i norsk program.

I pakningsvedlegget beskrives et 4-doseregime, med henvisning til at ulike land kan ha andre offisielle anbefalinger. I det norske barnevaksinasjonsprogrammet tilbys 3 doser pneumokokkvaksine (3, 5 og 12 måneder). Doser gitt fra alder 8 uker er tellende i norsk program. Hvis første dose gis før barnet er 8 uker må det gis en fjerde dose (1 måneds intervall mellom de tre første dosene og et års tid mellom tredje og fjerde dose).

Barn som er født før tidlig skal generelt følge vanlig vaksinasjonsprogram med start ved samme kronologiske alder som fullbårne barn, dvs. første dose pneumokokkvaksine ved alder 3 måneder. Barn som er født før svangerskapsuke 32 uker eller som har fødselsvekt under 1500 gram trenger tidlig beskyttelse mot kikhoste og pneumokokksykdom, og Folkehelseinstituttet anbefaler at de som er 8 uker eller eldre ved utskriving får første dose pneumokokkvaksine (og difteri-stivkrampe-kikhoste-polio-Hib-vaksine) på sykehuset. Etter avtale med produsenten og Legemiddelverket fortsetter Folkehelseinstituttet å distribuere Prevenar 13 med denne feilen i pakningsvedlegget. På grunn av produksjonstid og lagerbeholdning vil det ta noe tid før korrigert pakningsvedlegg er tilgjengelig i pakningene.

[Korrigert pakningsvedlegg Prevenar 13 \(Felleskatalogen\)](#)

[Vaksinasjon i ulike livsfaser \(Vaksinasjonsveilederen\)](#) (direkte klikkbar lenke)

Publisert: 07.12.2015, endret: 07.12.2015, 09:57

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015-259. Stikkord: Prevenar. Pneumokokkvaksine.