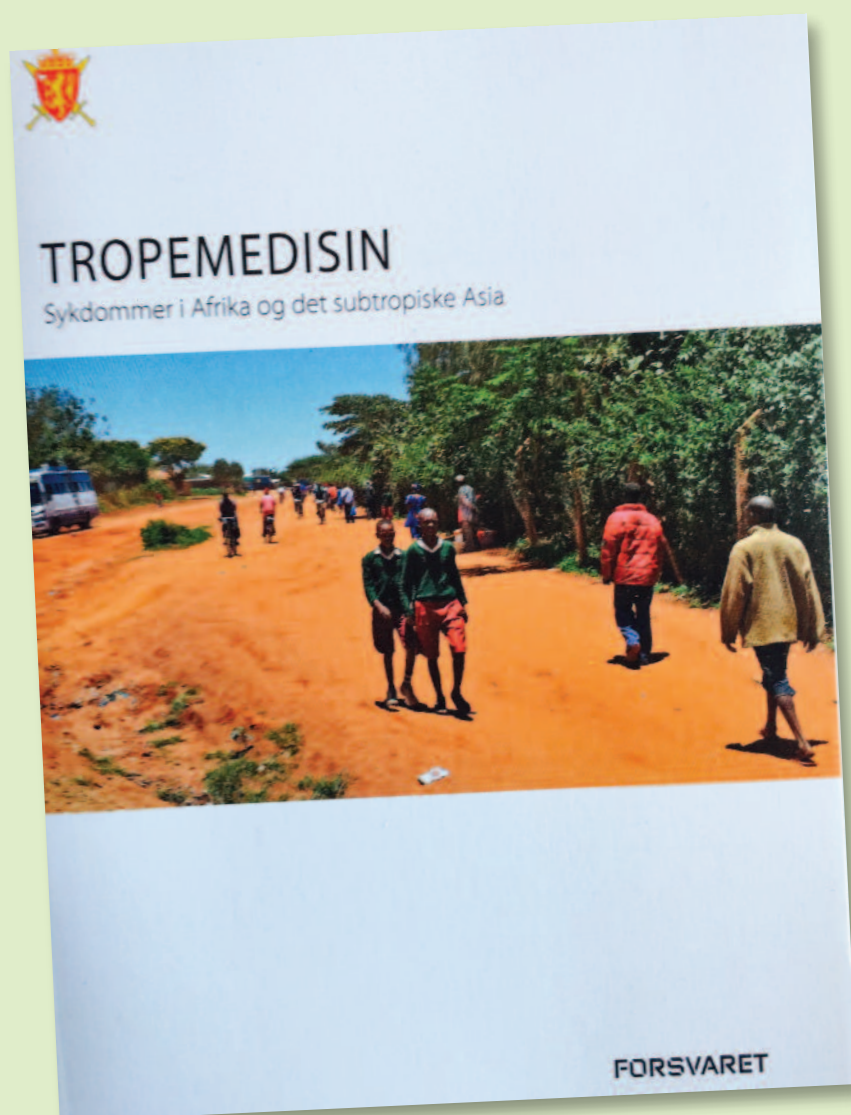


29. april 2016, 24. årgang

# Helserådet

Nytt om samfunnsmedisin og folkehelsearbeid

- Komplette innholdsfortegnelse  
s. 2
- Vekk med New Public Management!  
s. 3
- Kommunalt pasient- og brukerregister  
s. 9
- Fin og nyttig bok fra Forsvarets Sanitet  
s. 14
- Ber prioriteringsrådet vurdere HPV-vaksinering av gutter  
s. 14
- Fuktskader i tre av ti boliger – kan være helsefarlig  
s. 17
- Forskjeller i levealder høyere enn i flere andre europeiske land  
s. 24



# Helserådet

## INNHold NR. 9/16

Vekk med New Public Management! .....	3
Trygt og bra å fullamme til seks måneder .....	4
Trenger du omega-3 hvis du er frisk og spiser nok fisk? .....	4
Frykter at ideelle presses ut av sykehjem .....	5
Hjemmetjenestens målgrupper og organisering .....	5
Unge mest utsatt for arbeidsulykker .....	6
Risikorydding .....	6
Kommunene trenger mer klimahjelp fra staten .....	7
Slik får du et godt inneliv hjemme .....	7
Hva er det med denne NOx-en? .....	8
Dagslys i skolebygg .....	8
Fremmer forslag om kommunalt pasientregister .....	8
Kommunalt pasient- og brukerregister .....	9
Samer og andre urfolk har dårligere helse .....	11
Heildegkande statistikkgrunnlag .....	11
Forskjellene i levealder øker blant norske kvinner .....	13
Hygienehypotesen for fall? .....	13
Zika-gjennombrudd setter fart på kampen mot viruset .....	13
Fin og nyttig bok fra Forsvarets Sanitet .....	14
Ber prioriteringsrådet vurdere HPV-vaksinering av gutter .....	14
Flått er farligere enn man hittil har trodd .....	14
Nanopartikler fukter slimhinnene i tørr munn .....	15
Rike amerikanere lever 15 år lengre enn de fattigste .....	15
Røykere sliter mer med å finne jobb .....	15
Helsetilsynet: Siste tilvekstliste fra biblioteket .....	16

## NYTT FRA WWW.FHI.NO, FOLKEHELSEINSTITUTTET

Fuktskader i tre av ti boliger – kan være helsefarlig .....	17
Zikavirus-oppdatering om situasjonen globalt og tester i Norge .....	18
Gonore og syfilis 2015: Gonore fortsetter å øke i Norge .....	20
Bedre global malarisituasjon, men mye arbeid gjenstår .....	21
Hvor mange tok barnevaksiner i 2015? .....	22
Forskjeller i levealder høyere i Norge enn i flere andre europeiske land .....	24
Syv av ti er positive til helseregistre .....	25
Antibiotikaforbruket noe redusert, men langt fra nok .....	26
Fosterdiagnostikk: Enkel blodprøve fra mor kan finne kromosomavvik .....	28
Reseptregisteret oppdatert med 2015-tall .....	30
Svak økning i legemiddelforbruket i 2015 .....	30
Magefett øker risiko for hjerteinfarkt .....	32
Nedgang i forekomsten av hoftebrudd .....	33
Utbrudd blant personer som tar stoff i Trondheim .....	34
Palestinas lov om folkehelseinstitutt vedtatt .....	35
Fedme og høyt blodsukker hos gravide øker helserisiko for mor og barn .....	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: [Anders.Smith@fhi.no](mailto:Anders.Smith@fhi.no). Tlf. 92 89 56 16.

Web-redaktør: Katrine Rutgersen. E-post: [Katrine.Rutgersen@fhi.no](mailto:Katrine.Rutgersen@fhi.no)

Layout: ASAP Media

Distribusjon: som vedlegg til e-post til registrerte abonnenter. Sendes også ut gjennom allmennlegelisten eyr og egen distribusjonsliste i Helsedirektoratet.

Forsiden: Fin og nyttig bok fra Forsvarets Sanitet! Se side 14.

**KRONIKK** (gjengitt med tillatelse fra forfatteren)

## Vekk med New Public Management!

Skal vi få velferden og helsevesenet på fote, må norske myndigheter avvike New Public Management.

Skrevet av: Tore Nyseter

*Tore Nyseter, forfatter av boka «Velferd på avveie. Reformer. Verdier. Veivalg»*

**FLERE ARTIKLER** og bøker i den senere tid har prisverdig tatt opp fryktkulturen som sprer seg i helsevesenet. Men den sprer seg også i andre deler av velferdssektoren. Hovedgrunnen til dette er det rapporterings- og kontrollregimet som er innført.

Maktutredningen beskrev dette for flere år siden som et virus som har kommet inn i offentlig forvaltning. Viruset heter New Public Management (NPM). Virussyntomene er detaljert rapportering og kontroll av ansatte, mål- og resultatstyring med et hav av indikatorer, og et omfattende målhierarki som ansatte må forholde seg til.

**FARESIGNAL.** Denne byråkratiske styringsformen har ført til lederkrise og går på bekostning av de primæroppgavene som fagpersonell i helse- og sosialsektoren skal utføre. Dette er et alvorlig faresignal for hele vår velferdsmodell.

Styringsformen er utviklet i USA, og betegnes også som hard HR (Human Resources), hvor sentrale elementer er målstyring, forpliktelser til kvantifiserbare mål og verdier, lojalitet til ledelsen, individualisering og karakterer til de ansatte. Undersøkelser i Norge viser at 80 prosent av de ansatte i staten hevder at et slikt styrings- og karaktersystem virker demotiverende.

Mål- og resultatstyring (MRS) er fastsatt som et grunnleggende styringsprinsipp i staten, og er av finansdepartementet i 2003 nedfelt i økonomiregelverket. Det er denne styringsformen som har ført til lederkrise, fordi fokus rettes mot målbare indikatorer og ikke ledelse, som forutsetter motivasjon og tilrettelegging av faglig utøvelse. Økonomiske hensyn – og bunnlinsen – prioriteres foran menneskelige behov og faglig kompetanse.

**MOTIVASJON.** Fryktkulturen i helsevesenet og andre sektorer er en konsekvens av dette, som er ødeleggende for arbeidsmiljø, bedrifts-demokrati, medbestemmelse, ytringsfrihet og åpenhet.

Et økende antall varslersaker synliggjør denne situasjonen, som utvikler seg til et alvorlig problem i arbeidslivet. Byråkrater og ledere styrer dette uten kontakt med den virkelighet som førstelinjen i velferden sliter med. I helsesektoren forsterkes problemet med kravet om økende effektivisering. Dette fører til konstant høyere arbeidstempo, mindre tid til å snakke med pasientene og å yte omsorg, samtidig som personalet skal dokumentere i journaler og dokumenter at oppgavene er utført.

Vi trenger en styringsform som handler om motivasjon, og ikke kontroll og karaktersetting av den ansatte.

**MOTSTAND.** Vi ser en stigende opposisjon mot denne ledelsesformen i Norge, som i første rekke målbæres av organisasjonene «Helsetjenesteaksjonen» og «For Velferdsstaten». Fagorganisasjonene har vi ikke hørt så mye til. Myndighetene har heller ikke vært særlig lydhøre. Men vi fikk et lite glimt av forståelse da Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti i sin kommentar til 22. juli-kommisjonens rapport i Stortinget i 2014 kom med en meget kritisk kommentar til New Public Management som styringsform.

Den nåværende regjeringen synes ikke å ha registrert disse problemene, selv om de vil avbyråkratisere offentlig forvaltning.

**NOK ER NOK!** I Danmark er det et gryende opprør blant store grupper av fagprofesjonelle og deres organisasjoner mot denne byråkratiske styringsformen, og som nå tar bladet fra munnen og sier at nok er nok. Leger som har talt pasientenes sak og blitt trakassert, har ført til stiftelsen av Dansk Selskab til Sikring af Lægers Ytringsfrihed. Bakgrunnen er arbeidsmiljøproblemer, mistriivsel, personalflykt, angst for å gjøre feil, overanstrengelse på grunn av underbemanning – samtidig med økt krav om registrering og dokumentasjon.

Dette har også samfunnsmessige omkostninger som må inn i velferdens regnestykke. Dansk Socialrådgiverforening hevder at 80 prosent av arbeidstiden nå går med til administrasjon på grunn av kontroll- og dokumentasjonskravene. I Sverige har fagforeningene klart å presse regjeringen til å gå i gang med å avvike anvendelsen av NPM som styringsmetode.

**VEKK MED NPM!** Problemene med økende dokumentasjonskrav blir mer og mer dokumentert, fordi det har liten klinisk verdi for dem som jobber i førstelinjetjenesten. NPM, som ble utbredt på 1980-tallet, var en styringsmetode som skulle høyne effektiviteten og få kontroll på offentlige utgifter. Det har vist seg ikke å være en god metode. Dette bekreftes også av nyere forskning.

Det var forskeren ved Oxford, Christopher Hodd, som i 1991 lanserte betegnelsen New Public Management. Han har sammen med en kollega, Ruth Dixon, evaluert reformen etter 30 år og konstaterer i en nylig bok at reformen er mislykket fordi den verken har ført til lavere driftsutgifter eller økt tjenestekvalitet. En nylig svensk studie bekrefter det samme.

Konklusjonen må derfor være at norske myndigheter må avvike denne styringsformen, fordi den er en trussel mot ytringsfrihet, faglig utøvelse og verdigrunnlaget for vår velferdsmodell. Nok er nok!

Referansekode i 'Helserådet': OLE 2016 - 7. Stikkord: New Public Management. Nyseter,Tore.

## INNLEGG

## Trygt og bra å fullamme til seks måneder

(Red. anm.: Det råder forskjellige synspunkter på hvor lenge fullammingsperioden skal vare. I forrige nummer av 'Helserådet' gjenga vi en artikkel fra Dagens Medisin som hevdet at langvarig fullamming *ikke* gir helsefordeler for mor eller barn. Nedenfor følger et innlegg som ser det annerledes.)

Det er den enkelte mor, som på informert grunnlag, er den rette til å avgjøre hva som er best for barnet og henne selv.

**Anne Bærug**, leder for Nasjonal kompetansetjeneste for amming, Oslo universitetssykehus

**Kari Løvendahl Mogstad**, spesialist i allmennmedisin ved Munkholmen Legesenter og universitetslektor ved NTNU

**BASERT PÅ** 28 metaanalyser om helseeffekter av amming konkluderer The Lancet slik i 2016: «Breastmilk makes the world healthier, smarter and more equal». [Den siste tidens medieoppslag kan imidlertid gi inntrykk av at fullamming til seks måneder er risikosport for barnet.](#)

The Lancet finner at i høyinntekstland beskytter amming mot diaré, luftveisinfeksjoner og ørebetennelse. Effekten er størst ved fullamming. Morsmelk beskytter for tidlig fødte barn mot nekrotiserende enterokolitt og sepsis, og reduserer risikoen for krybbedød. På lengre sikt ser amming ut til å beskytte mot overvekt og diabetes, og flere studier antyder at risikoen for å få leukemi som barn reduseres.

Les også: «Anbefalingen om fullamming bør være fleksibel»

**FULLAMMING.** Enkelte hevder at fast føde fra fire måneders alder forebygger spiseproblemer, cøliaki og allergi. Helsedirektoratets gjennomgang fant ingen fordeler ved å gi fast føde fra fire måneder, tvert om beskytter fullamming i seks måneder bedre mot mage- og tarminfeksjoner. Forskerne bak Lancet-serien karakteriserer morsmelkens beskyttelse mot mage- og tarminfeksjoner som et av de mest konsistente funn innen epidemiologisk forskning, på linje med sammenhengen mellom røyking og lungekreft.

Barnets immunforsvar er langt fra ferdig utviklet det første året, og morsmelk er viktig for både infeksjonsforsvar og modning av immunsystemet. En for tidlig start med mat kan føre til redusert mengde morsmelk og dermed mindre beskyttelse. Ledende fagmiljøer, som Verdens helseorganisasjon (WHO), den amerikanske og europeiske barnelegeforening, anbefaler fullamming til seks måneder.

Se hele artikkelen fra Dagens Medisin ved å gå inn på

<http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/04/08/trygt-og-bra-a-fullamme-til-seks-maneder/>.

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2016-37. Stikkord: Amming. Fullamming.

## Trenger du omega-3 hvis du er frisk og spiser nok fisk?

(forskning.no 13.4.2016)

Hvor mye sjømat bør vi egentlig spise for å få en helseeffekt? Og er det noe poeng å ta omega-3-kapsler?

**Karine Nigar Aarskog**, journalist i Labyrint. En artikkel fra [UiT Norges arktiske universitet](#).

Forsker og dekan Edel O. Elvevoll ved Fakultetet for fiskeri, biovitenskap og økonomi ved UiT – Norges arktiske universitet, har forsket på sjømat, foredling og helse i over 20 år. Konklusjonen hennes er klar:

– Man bør fortrinnsvis spise fisk i stedet for kapsler, sier hun.

– Fiskens fettinnhold og fettsyresammensetning er ikke de eneste ernæringsmessige faktorene som spiller inn i en helsemessig vurdering. Sjømat er rik på proteiner, praktisk talt fri for karbohydrater og kan i tillegg gi bidrag av fett- og vannløselige vitaminer, antioksidanter, mineraler og sporstoffer.

Se hele artikkelen fra forskning.no samt en del relatert materiale ved å gå inn på

<http://forskning.no/fisk-mat-og-helse/2016/04/trenger-du-omega-3-hvis-du-er-frisk-og-spiser-nok-fisk>.

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2016 -36. Stikkord: Omega-3. Fisk.

# Frykter at ideelle presses ut av sykehjem

Dette er overskriften på en artikkel i Kommunal Rapport nr. 12/2016 (14. april). Her omtales muligheten for at det kan bli ulovlig fra 1. juli å gi oppdrag til ideelle aktører uten konkurranse med kommersielle. Det skjer i forbindelse med at EU's nye anskaffelsesdirektiver skal implementeres i norsk lov 1. juli.

'Helserådet' har dessverre ikke tillatelse til å gjengi artikkelen i sin helhet.

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2016-14. Stikkord: Sykehjem. Ideelle organisasjoner



**Statistisk sentralbyrå**  
Statistics Norway

## PUBLIKASJON

Rapporter 2016/13, Publisert 11. april 2016

## Hjemmetjenestens målgrupper og organisering

Åpne og les publikasjonen i PDF (2.2 MB)

### Innhold

- Sammendrag
- [Om publikasjonen](#) (klikkbare lenke)

### Ofte egne hjemmetjenestetilbud til personer med utviklingshemming.

Med 50 milliarder i utgifter i 2014 er hjemmetjenesten et stort område i det kommunale tjenestetilbudet. Mens institusjonstjenesten i stor grad gjelder eldre personer med stort bistandsbehov, er hjemmetjenesten langt mer mangfoldig. Det har i liten grad vært kunnskap om hvordan tjenestene er organisert for ulike målgrupper.

Hjemmetjenester gis både til dem som bor i egen, privat bolig og i kommunalt disponerte boliger og ytes fra virksomheter i kommunen som kan være ambulerende hjemmetjeneste eller boligbaser. Boligbaser er personalbaser fast tilknyttet beboere i kommunalt disponerte boliger og private boliger i nærområdet.

### Flest rene boligbaser

SSBs kartlegging hadde en svarprosent på 90 og påviste i alt 2 680 virksomheter i hjemmetjenesten. Av disse var:

- 52 prosent rene boligbaser
- 15 prosent ren ambulerende hjemmetjeneste
- 14 prosent en kombinasjon av boligbaser og ambulerende hjemmetjeneste
- 16 prosent hjemmetjenester kombinert med annen type virksomhet (sykehjem eller dagsenter)

Kartleggingen har kun sett på forekomsten av ulike virksomheter. Omfang gitt ved antall ansatte eller antall brukere ved virksomhetene er ikke undersøkt i denne omgang.

### Flest virksomheter rettet mot personer med utviklingshemming

Den målgruppen som flest virksomheter retter sine tjenester mot, er personer med utviklingshemming. Samlet sett var 45 prosent av virksomhetene i hjemmetjenesten rettet mot denne målgruppen, eventuelt i kombinasjon med andre målgrupper.

En annen målgruppe som er tilknyttet mange virksomheter, er personer med psykiske lidelser. Denne målgruppen er ofte kombinert med målgruppene utviklingshemming eller rusproblemer. Det vanlige er at boligbasene kun betjener én målgruppe, mens den ambulerende tjenesten oftest betjener to eller ingen spesifikk målgruppe. Selv om eldre hjemmetjenestebrukere er mange, har virksomhetene i mindre grad disse som eneste målgruppe. «Rene» virksomheter som kun har en målgruppe kan for øvrig gi ny innsikt i hvordan tjenestene er utformet for bestemte målgrupper, både når det gjelder personelldata og brukerdata.

### Kommunestørrelsen viktig for organiseringen

Når det gjelder regnskapsføring, viser resultatene at mange kommuner regnskapsfører mer detaljert enn det som pålegges. De fleste kommunene har likevel ikke virksomheter rettet mot kun én målgruppe. Flertallet av rapportørene ser heller ikke behovet for en mer detaljert regnskapsføring enn dagens standard.

Analysen viser at kommunestørrelsen spiller en stor rolle for virksomhetenes organisering, målgrupper og regnskapsføring. Det er derfor naturlig å vurdere en mer detaljert regnskapsføring kun for store og andre frivillige kommuner i første omgang.

Arbeidet med rapporten er delvis finansiert av Helsedirektoratet.

[Last ned KommuneTabeller her, vedlegg H og I \(zip\)](#)

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2016 -12. Stikkord: Hjemmetjenester.



8.4.2016

## FORSKNING

# Unge mest utsatt for arbeidsulykker

En nordisk studie har sett på risikoen for å oppleve ulykke på jobb hos unge og eldre arbeidstakere, og rapporten avdekker store forskjeller.

Lisbeth Nilsen, [lisbeth.nilsen@dagensmedisin.no](mailto:lisbeth.nilsen@dagensmedisin.no)

Unge arbeidstakere har opptil dobbelt så høy risiko for å oppleve en ulykke på jobben sammenlignet med eldre arbeidstakere. Risikoen for arbeidsrelaterte mentale plager, hodepine og hudproblemer er også betydelig høyere, ifølge [Statens arbeidsmiljøinstitutt](#) (STAMI). I samarbeid med universitetet i Göteborg, universitetet på Island, IRIS og det enedanske og finske arbeidsmiljøinstituttet, har STAMI utarbeidet en rapport med fokus på unge arbeidstakers helse, miljø og sikkerhet i de fem nordiske land.

[Rapporten](#) er publisert av Nordisk Ministerråd.

Se hele artikkelen fra Dagens Medisin ved å gå inn på [http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/04/13/unge-mest-utsatt-for-arbeidsulykker/?utm\\_source=apsis-anp-3&utm\\_medium=email&utm\\_content=unspecified&utm\\_campaign=unspecified](http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/04/13/unge-mest-utsatt-for-arbeidsulykker/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified).

Referansekode i 'Helserådet': SKA 2016 – 11. Stikkord: Arbeidsulykker. Unge.

## Risikorydding

**Skadeforebyggende forum inviterer til samarbeid og risikorydding; 550 000 nordmenn må ha behandling for skader hvert år. De fleste skadene kan unngås.**

Eva J. Vaagland, Skadeforebyggende forum

**Ulykker ødelegger liv – og tar liv. Vi kan aldri bli helt kvitt ulykker og skader, men det er mye vi kan gjøre for å forebygge dem. Risikorydding, en kampanje initiert av Skadeforebyggende forum, gjør nettopp dette; Å rydde risiko for å spare liv og helse. Kampanjen inviterer til en nasjon dugnad som skal bidra til å kartlegge risiko, forebygge ulykker og personskader, samt fremme skadeforebygging i nærmiljøet.**

Risikorydding er noe alle kan være med på – kommunen, byen, idrettslaget, nærmiljøet, familien, venner eller enkeltindivider. Risikorydde kan gjøres på mange ulike måter – det er ingen dugnader som er for små eller store. Det er utarbeidet en rekke sjekklister som gjør arbeidet enklere. Noen går på hva du kan gjøre i ditt eget hjem andre tar utgangspunkt i ulike arenaer. Flere kommuner er allerede i samarbeid med Skadeforebyggende forum, og det finnes mange gode ideer til lokale tiltak; sikre lekeplasser, trygghetsvandring, hjemmebesøk med trygghetssjekk hos eldre, sykkelsjekk, sikkerhetssjekk av trampolinen og rydding i medisinskapet er noen eksempler på aktuelle tiltak.

Risikorydding er et av prosjektene som blir presentert i Helsedirektoratets nærmiljøprosjekt som en metode kan bidra til å fremme folkehelse og lokalt samarbeid.

– Ulykker kan skje når og hvor som helst – og ofte når vi ikke forventer det. Vi skal ikke slutte å leve og utfolde oss, men vi håper å bidra til å øke bevisstheten om skader som kan forebygges, sier Eva Jakobson Vaagland, daglig leder i Skadeforebyggende forum.

Mer kunnskap om forebygging, og praktiske råd kan du finne på [www.risikorydding.no](http://www.risikorydding.no). Der kan du også møte Familien Klomsen som viser at selv de små hverdagslige tingene kan utgjøre en potensiell fare. Risikorydding gjennomføres med tilskudd fra Gjensidigestiftelsen.

**Eva Jakobson Vaagland**  
Daglig leder / Managing Director



Referansekode i 'Helserådet': SKA 2016 -17. Stikkord: Risiko. Risikorydding.

## Kommunene trenger mer klimahjelp fra staten *(forskning.no 11.4.016)*

Regjeringen slo for syv år siden fast at kommunene må spille en viktig rolle i klimaarbeidet. Så hvordan har det gått?

**Bård Amundsen, frilansjournalist.** En artikkel fra [Norges forskningsråd](#).

Kommunene har ansvar for mange områder i samfunnet der klimagass-utslippene er store.

Kommunene kan sette inn effektive klimatiltak på områder som transport og avfallsbehandling. De kan også gjøre en stor innsats for å redusere energibruk i egne bygg.

De aller fleste kommuner forsøker å opptre i tråd med retningslinjene fra regjeringen. Men resultatet spriker mye fra kommune til kommune, ifølge forskerne som har sett nærmere på retningslinjene for klimaarbeidet som kommunene fikk i 2009.

Se hele artikkelen fra forskning.no samt en del relatert materiale ved å gå inn på <http://forskning.no/klima-statsvitenskap/2016/04/kommunene-behov-mer-klimahjelp-fra-staten>.

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2016-19. Stikkord: Klimaforandringer. Klimagasser.

## Slik får du et godt inneklima hjemme *(forskning.no 20.4.2016)*

Sørg for å lufte og gjøre rent. Så langt henger du kanskje med. Men visste du at du bør ha soveromsdøren åpen om natten? Her kommer åtte råd for et bedre inneklima.

**Charlotte Price Persson**, journalist, videnskab.dk

I gamle dager fantes det knapt et hjem som var fritt for trekk. Du burde helst ha et par skikkelige gode ullsokker for å holde varmen om vinteren.

I dag har vi tette lister og vinduer, og vi gjør det vi kan for å spare på energien.

Hvis du fryser, kan du bare skru opp radiatoren.

Den naturlige utluftingen i boligene våre har med andre ord blitt dårligere. Det stiller større krav til oss som brukere av boligene, mener professor i inneklima ved DTU Bygg, Geo Clausen:

– Boligene er tette og har en kontrollert ventilasjon, og derfor oppstår det en risiko for at vi ikke oppfører helt lurt i boligen vår. Kanskje lager vi mat en hel dag, eller hele familien bestemmer seg for å dusje lenge med døren åpen. Det slår negativt ut på inneklimatestet vårt. Noen faktorer er ikke til å komme utenom – Clausen bor for eksempel selv i et villastrøk med brenselrøyk. Forskere har fastslått dette er en veldig belastende faktor for inneklimatestet.

Men det er flere ting du selv kan gjøre for å få et bedre inneklima, ifølge professoren. Nedenfor får du en liste med de beste rådene hans. Visste du for eksempel at du burde ha soveromsdøren åpen om natten?

- Les også: [Presterer bedre med frisk luft i klasserommet](#)

Se hele artikkelen fra forskning.no inkludert en del relatert materiale ved å gå inn på <http://forskning.no/2016/04/slik-far-du-et-godt-inneklima-hjemme>.

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2016 – 20. Stikkord: Inneklima.

# Hva er det med denne NOx-en? (forskning.no 26.4.2016)

## Bakgrunn:

NOx får skylda for mye. Men hvorfor er nettopp denne gassen en klimaversting?

**Christina Benjaminsen**, redaktør, Gemini.no. En artikkel fra SINTEF.

Forsker Mario Ditaranto ved Sintef har tatt på seg oppdraget med å svare på alt du bør vite om gassen NOx.

### – Hva er egentlig NOx?

NOx også kalt nitrogenoksider, er en fellesbetegnelse på gassmolekyler som det stilles ganske strenge utslippskrav til: NO (nitrogenmonoksid) og NO<sub>2</sub> (nitrogenoksid). Disse dannes hovedsakelig ved forbrenning av alt som brenner. Noen ganger er N<sub>2</sub>O (dinitrogenoksid, eller såkalt lystgass) også inkludert i denne betegnelsen.

– Faktisk er nesten 80 prosent av luften vi puster inn, og som forbrukes i en brann nitrogen, sier Ditaranto.

Nitrogenmolekylet (N<sub>2</sub>) som oksideres til NOx under forbrenningen kan stamme fra brensel som for eksempel tre, kull og biodrivstoff, men også fra luften selv.

NOx har lenge vært kjent som en betydelig forurensner i alle typer sektorer: Transport, kraft og industri – i denne rekkefølgen, og flere tiltak er innført for å redusere NOx-utslippene.

Se hele artikkelen fra forskning.no inkludert en del relatert materiale ved å gå inn på <http://forskning.no/forurensning-klima/2016/04/hva-er-det-med-denne-nox-en>.

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2016 -22. Stikkord: NOx. Luftforurensning.

## Dagslys i skolebygg

Overlege Jan Vilhelm Bakke i Arbeidstilsynet holdt et foredrag i Arkitektenes Hus den 26. april under denne overskriften. Se de lysarkene han vist ved å gå inn på <http://www.helsebiblioteket.no/samfunnsmedisin-og-folkehelsetse/dagslys-i-skolebygg>

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2016 -23. Dagslys. Skolebygg. Bakke, Jan Vilhelm.



6.4.2016

### POLITIKK OG ØKONOMI

## Fremmer forslag om kommunalt pasientregister

Fredag fremmes det et lovforslag som gjør det mulig å opprette et kommunalt pasient- og brukerregister (KPR).

Skrevet av: Anne Grete Storvik [ags@dagensmedisin.no](mailto:ags@dagensmedisin.no)

I statsbudsjettet for 2015 ble det satt av 30 millioner kroner til å utrede etablering av et kommunalt pasient- og brukerregister (KPR).

Formålet er å få mer kunnskap om helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Planlagt ferdigstilling av registeret er i løpet av 2017. Helseminister Bent Høie (H) viser til at kunnskapen om disse helsetjenestene er altfor fragmentert i dag:

### Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)

**Registeret** skal etableres med utgangspunkt i de eksisterende registrene KUHR (Kontroll og Utbetaling av HelseRefusjon) og IPLOS (Individbasert Pleie- og OmsorgsStatistikk)

**Det vil komme strenge krav** til ivaretagelse av pasientenes og brukernes personvern. Dette vil bli regulert i en egen forskrift som vil bli sendt på høring, opplyser HOD.

**At det nye registeret** ikke skal medføre økt rapporteringsbyrde for helsepersonell eller kommunale etater, trekkes fram i forslaget.

– Det kommunale pasient- og brukerregisteret vil bli dannet med utgangspunkt eksisterende informasjon. Det vil være svært nyttig i arbeidet med å gjøre tjenestene bedre, sier han ifølge HOD.

Da forslaget var til [høring](#) i høst, var Legeforeningen [kritiske på flere punkter](#).

Se hele artikkelen fra Dagens Medisin ved å gå inn på [http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/04/15/lovforslag-om-kommunalt-pasientregister/?utm\\_source=apsis-anp-3&utm\\_medium=email&utm\\_content=unspecified&utm\\_campaign=unspecified](http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/04/15/lovforslag-om-kommunalt-pasientregister/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified).

Referansekode i 'Helserådet': HST 2016 – 17. Stikkord: Kommunalt pasientregister. KPR.



# Kommunalt pasient- og brukerregister

Red. innledning: Det som heter Kontaktutvalget for helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk har utgitt en årsrapport for året 2015. Utvalget er etablert i regi av Statistisk sentralbyrå. I årsrapporten finnes blant annet en interessant artikkel om arbeidet med et nytt kommunalt helse- og omsorgsregister (KPR) som gjengis her. Forfatter er Trond Ekorud.

Se også artikkelen nedenfor om samme sak omtalt i Dagens Medisin.

Det er også annet interessant stoff i denne rapporten som i sin helhet kan leses ved å gå inn på <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/arsrapport-2015>.

I 2014 utreia Helsedirektoratet i samarbeid med FHI innholdet av eit nytt kommunalt helse- og omsorgsregister (heretter kalla KPR) på oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). KS og SSB deltok også i arbeidet. Utreiinga blei levert til HOD i februar 2015 og hadde som føremål å danna grunnlag for det vidare arbeidet med etablering av KPR. I mars 2015 fekk Helsedirektoratet oppdragsbrev frå HOD om å setja i gong arbeidet med etableringa av KPR. I statsbudsjettet for 2015 blei det vilja 30 millionar til eit helseregister for dei kommunale helse- og omsorgstenestene med følgjande tekst:

*«Det foreslås en bevilgning på 30 mill. kroner til å utvikle et samlet helseregister for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Kunnskapsgrunnlaget om aktivitet og kvalitet i disse tjenestene er i dag for dårlig.»*

Oppdraget frå HOD hadde bakgrunn i tidlegare utreiingar, inkludert stortingsmeldingar om behovet for eit slikt register. I oppdragsomtala datert 5.3.2015 blei det gjeve følgjande føremål og føringar for registeret:

*«Hovedformålet med registeret er å gi grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av kommunale helse- og omsorgstjenester for sentrale og kommunale myndigheter. (helseregisteret) vil også være en viktig datakilde for statistikk, helseanalyser, lokalt kvalitetsforbedringsarbeid og forskning»*

*«Det legges opp til at administrasjon, styring og finansiering av kommunale helse- og omsorgstjenester være førende for hvilke data som skal inkluderes i registeret etter mal fra Norsk pasientregister»*

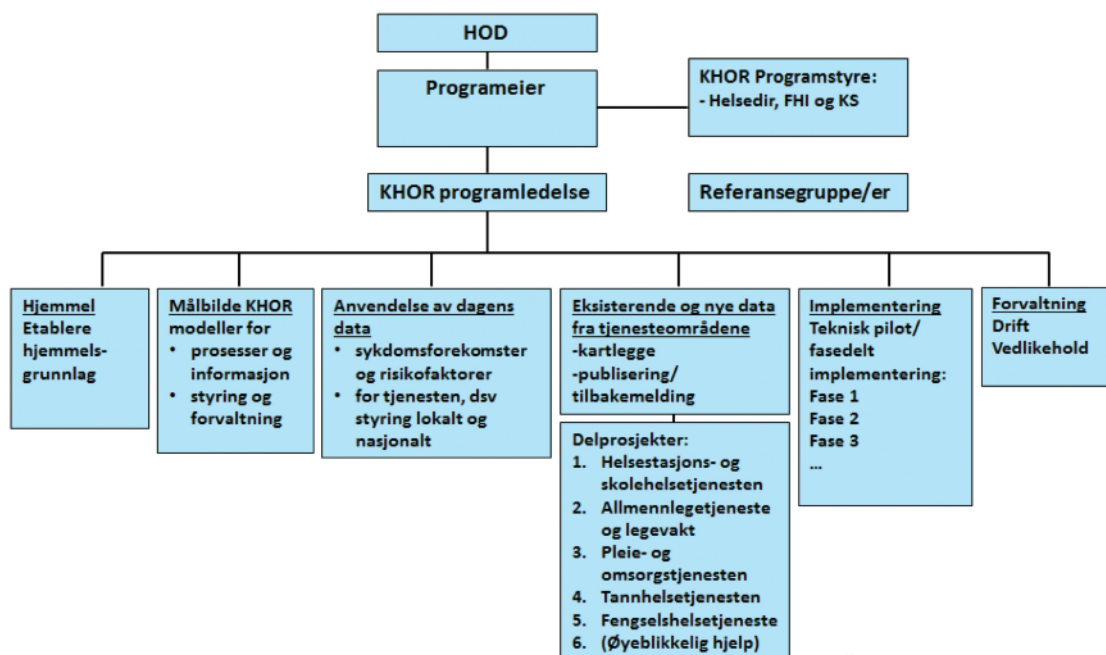
*«(helseregister) skal gjennom dette danne grunnlag for å yte bedre helse- og omsorgstjenester, gi mer kunnskap om sykdom og årsaker til sykdom og fremme befolkningens helse og levekår»*

Det overordna føremålet med KPR er å gi grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av kommunale helse- og omsorgstenester for sentrale og kommunale myndigheter. KPR skal også vera ei viktig datakilde for statistikk, helseanalyser, lokalt kvalitetsforbedringsarbeid og forskning. Hovudføremålet med KPR vil vere førande for kva data som skal inkluderas i registeret. KPR skal også bidra til samhandling med spesialisthelsetenesta og bidra med data til bruk i andre helseregister.

Ei anna overordna målsetjing for arbeidet med KPR er at det skal forankrast i sentrale miljø for å sikra naudsynt kompetanse og deltaking. Dette har vore viktig både i styringsgruppa, i programleiinga, i arbeidsgruppene til dei ulike delprosjekta, referansegrupper osv. som har vore involvert i arbeidet.

Arbeidet med etablering av KPR er organisert som eit program. Det inneber mellom anna at det er sjølv programmet som har ansvaret for etableringa av KPR. Programmet omfattar fleire prosjekt for fleire ulike aktivitetsområde. Den overordna målsetjinga til programmet er å levera dei naudsynte tekniske og organisatoriske løysingar for etablering av eit sentralt helseregister.

## Organisering av arbeidet med KPR



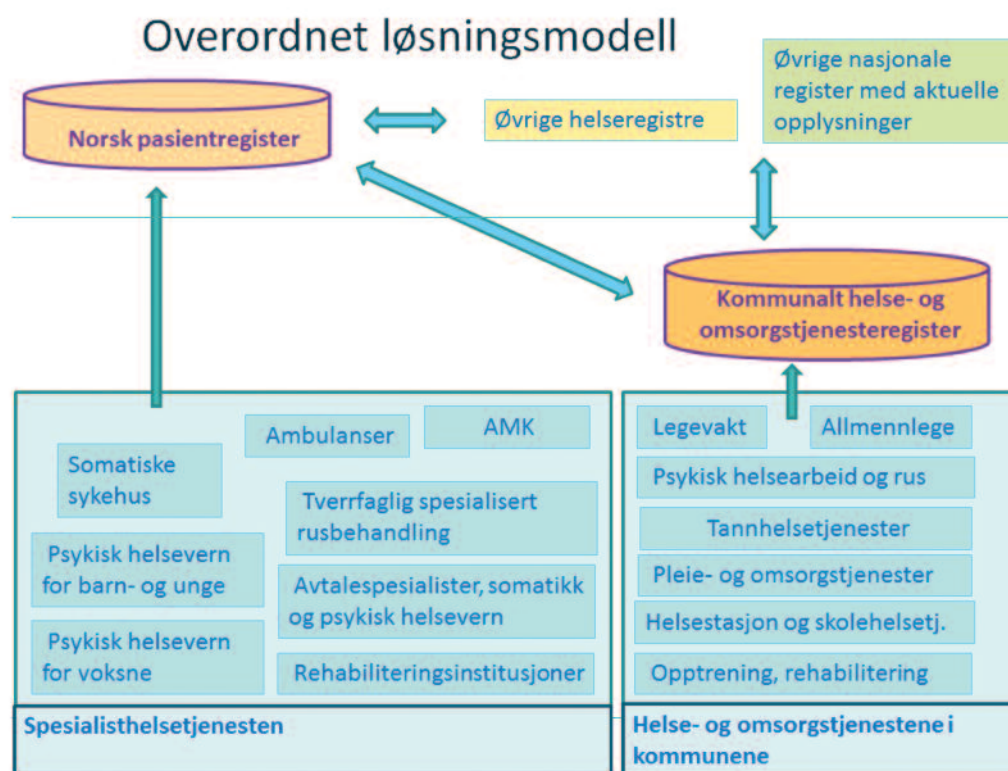
Helsedirektoratet er programeigar og har rapportert til HOD undervegs. Det blei planlagt regelmessig kontakt for gjensidige orienteringar og drøftingar om gjennomføringa av programmet. Vidare blei det etablert eit programstyre, som skal ha ei strategisk rolle for effektiv forankring av viktige avgjersler. Programstyret består av medlemmar frå:

- Kommunesektorens interesseorganisasjon (KS)
- Folkehelseinstituttet
- Helsedirektoratet

Når det gjeld innhaldet i sjølve registeret er det tenkt at eit framtidig KPR skal kunna vera det same for dei kommunale helse- omsorgstenestene som NPR (Norsk pasientregister) er for spesialisthelsetenesta. Det er også ei målsetjing at ein skal ha koplingsmulegheiter mellom dei to registera. Vidare er det ønskeleg at KPR skal innehalda informasjon frå ulike tenesteområde innanfor den kommunale helse- og omsorgstenesta. Mellom anna er det ønskeleg å samla opplysningar i KPR om Legevakt, allmennlegetenesta, psykisk helsearbeid og rus, Tannhelsetenester, pleie og omsorg, helsestasjons- og skulehelsetenesta og rehabilitering. I tillegg kjem eventuelle aktuelle opplysningar frå andre nasjonale register.

På spørsmålet om kva eit KPR-register skal dekkja av opplysningar, som ikkje allereie blir dekt av IPLOS i dag, er svaret at ein i tillegg ønskjer relevante opplysningar om alle dei andre tenestene innanfor helse- og omsorgstenestene som kommunane tilbyr innbyggjarane, som t.d. allmennlegetenesta, helsestasjons- og skulehelsetenesta og psykisk helsearbeid og rusarbeid. Dette er tenester som ikkje blir registrert i IPLOS der ein berre registrerer opplysningar om personar som har fått vedtak om ulike pleie og omsorgstenester. Dette inkluderer i dag om lag 300 000 personar. KPR har ei målsetjing om ha opplysningar om heile befolkninga i kommunen og deira bruk av dei kommunale helse- og omsorgstenestene.

### KPR - programorganisering

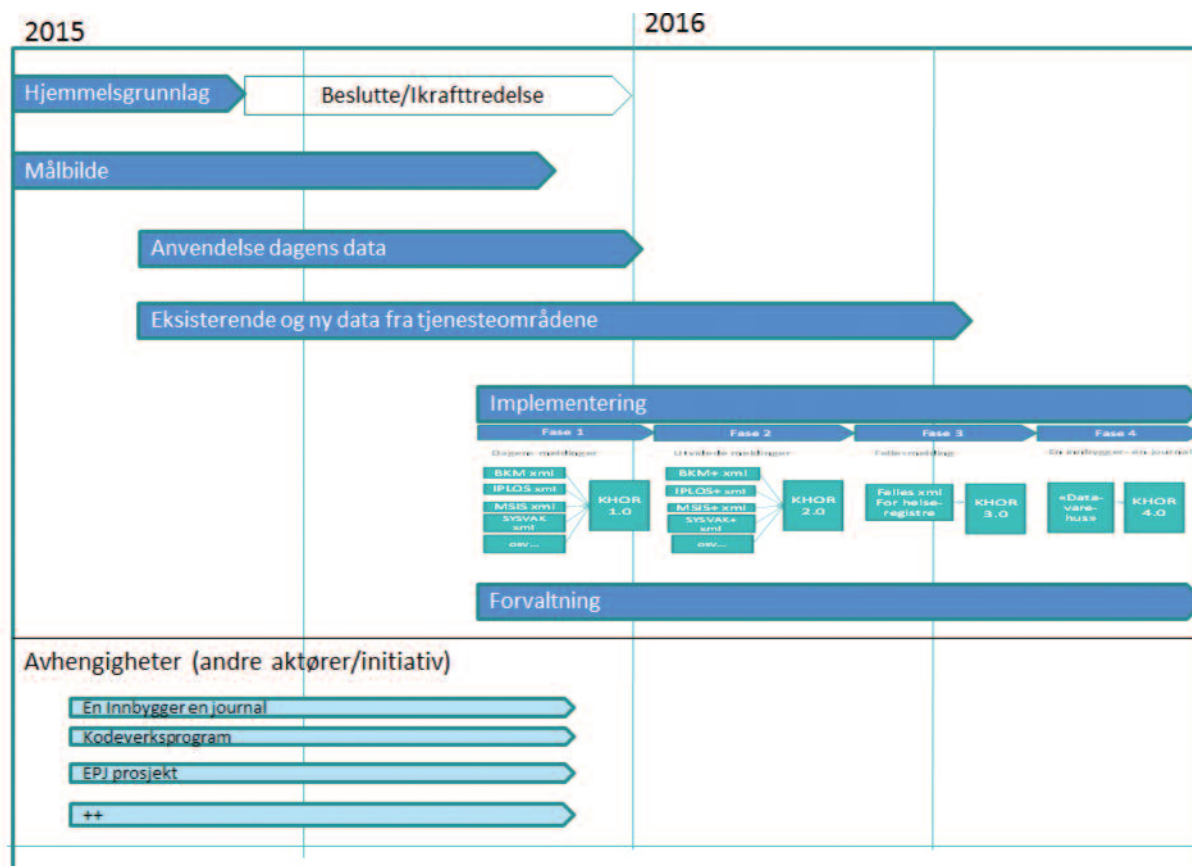


Kjelde: Helsedirektoratet

### Framdrift

Når det gjeld framdrifta, har det blitt arbeida parallelt med fleire delprosjekt i 2015. I første halvdel av 2015 blei det særleg arbeida med heimelgrunnlaget for registeret. Det var juridisk avdeling i HOD som i hovudsak arbeidde med dette, og det blei gjennomført ei høyring første halvdel av 2015. Med tanke på målsetjinga om eit individbasert register, er det fleire problemstillingar knytt til personvern som kan skapa utfordringar for eit framtidig register.

Det har også blitt arbeida med fleire andre delprosjekt knytt til programmet. Mellom anna har det blitt arbeida med å laga målbilete for dei ulike tenesteområda. I tillegg blir det jobba med å synleggjera bruken av dagens data, og kva bruken av eit framtidig KPR kan gi. Begge desse oppgåvene har det blitt arbeida med i 2015. Vidare blir ei viktig oppgåve å få samla oversikt over eksisterande og nye data innanfor tenesteområda, som t.d. i KOSTRA. Når det gjeld arbeidet med implementeringa av KPR, var den planlagt å starta opp i andre halvdel av 2015, og vil halda fram i heile 2016.



Referansekode i 'Helsesrådet': HST 2016-16. Stikkord: Kommunalt pasient- og brukerregister. KPR.

## Samer og andre urfolk har dårligere helse *(forskning.no 26.4.2016)*

Verdens urfolk har ofte dårligere helse og mindre utdanning enn andre i landet der de bor. Det gjelder også samer i Norge, viser en stor internasjonal studie.

**Ida Kvittingen**, journalist.

Norske forskere har bidratt til en verdensomspennende kartlegging av urfolks helse. Her i Norge er det samene som er studert.

Forskere fra 23 land har undersøkt lav og høy fødselsvekt, barnedødelighet, barseldød, ernæring, forventet levealder, utdanningsnivå, fattigdom og økonomisk status. Men de har ikke målt alle faktorene i hvert land.

Mer enn halvparten av verdens urbefolkning er med i studien, rundt 154 millioner mennesker.

Resultatet: Urfolk på alle kontinenter kommer dårligere ut enn resten av befolkningen. Og det er ikke nødvendigvis bedre å bo i et rikt land.

Se hele artikkelen inkludert en del relatert materiale fra forskning.no ved å gå inn på <http://forskning.no/helse-forebyggende-helse-overvekt-etnisitet-samfunn-barn-og-ungdom-okonomi-skole-og-utdanning/2016>.

Referansekode i 'Helsesrådet': HST 2016 – 21. Stikkord: Samer. Urfolk.

## Heildekkande statistikkgrunnlag

**Red. innledning:** Nedenfor følger den andre artikkelen fra årsrapport for året 2015 fra det som heter Kontaktutvalget for helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk. Utvalget er etablert i regi av Statistisk sentralbyrå. Forfatter er Trond Ekorud.

I løpet av 2015 har flere punkt i samarbeidsavtalen mellom SSB og den sentrale helse- og sosialforvaltninga om helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk blitt gjennomgått, problematisert og drøfta på møta i Kontaktutvalet. Eitt av punkta i avtalen som blei gått nærmare etter i saumane var punkt 2.2 om heildekkande statistikkgrunnlag.

I samarbeidsavtalen står det mellom anna følgjande i punkt 2.2: «...Det er en målsetning å frembringe et mest mulig heldekkende statistikkgrunnlag». Med jamne mellomrom ser ein tilløp til diskusjon om kva for nokre private tenesteytarar som bør inngå i statistikken for dei ulike helse- og sosialtenestene, jamfør punkt 5.1 i avtalen: «Avtalen omfatter data fra alle statlige, kommunale, fylkeskommunale og private helse- og sosialtjenester». I stor grad er problemet blitt løyst ved at ein har lagt forvaltningas praksis for autorisasjon og finansiering til grunn. Det vil seia at den offisielle statistikken «overtek» forvaltninga sin eigen (og skiftande) avgrensing overfor privat sektor når det gjeld kva for nokre einingar som skal inngå det aktuelle året.

Eit relevant spørsmål blir difor kva for nokre tenester som blir liggande utanfor statistikken, som følgje av ein slik praksis, og om dette er eit problem for ambisjonane om eit «heldekkende statistikkgrunnlag», dvs. å visa det faktiske omfanget av den tenesteproduksjonen som befolkninga kan nytta seg av. Det kan tenkjast at dei tenesteytarane (og dei tenester) som fell utanfor det «autoriserte» bildet, er av heilt andre typar enn dei «autoriserte». Men dersom tenestene kan samanliknast, og berre fell utanfor av meir «tidsbestemte» årsaker, kan det vera grunn til å sjå nærmare på om ikkje grensedraginga til statistikken og forvaltninga bør vera ulike. I hovudsak er det snakk om privat betalte tenester, dvs. der brukaren betaler heile kostnaden.

I forlenging av dette kan ein stilla følgjande spørsmål:

1. Kva består dei «ikkje-registrerte» helse- og sosialtenestene av?
2. Korleis er innhaldet deira samanlikna med dei «registrerte»?
3. Er omfanget av desse tenestene aukande?
4. Kva skal eventuelt til for å inkludera dei i statistikken?

Når det gjeld det første spørsmålet, er det t.d. innanfor pleie og omsorgstenestene i KOSTRA, i utgangspunktet, slik at alle einingar (institusjonar, heimetenester osv.), som er registrert innanfor dei aktuelle næringane i Einingsregisteret (ER), godkjent/autorisert av det offentlege for å tilby kommunalt eigde tenester, som blir tekne med i populasjonen som danner grunnlaget for statistikken. Dette er uavhengig av om dei er offentlege, private eller ideelle. Samstundes vil einingar som er registrerte i einingsregisteret, men som SSB veit at ikkje lenger eksisterer, eller som ein veit ikkje utfører denne type tenester, bli fjerna frå populasjonen. Dersom det er private eller ideelle institusjonar som utfører tenester som ein ikkje finn i under rett næring i ER, blir desse inkludert dersom kommunar som kjøper tenester frå desse melder frå til SSB.

For IPLOS er det betalande kommunar som rapporterer, også for private institusjonar som dei eventuelt kjøper tenester av. Private einingar som kommunar ikkje kjøper tenester for vil ikkje vera registrert i IPLOS. NHO organiserer t.d. 2 sjukeheimar med full privat betaling. Det fins også t.d. «familiedrivne» sjukeheimar og institusjonar der ledige plassar vert selde ved ledig kapasitet. For heimetenester er omfanget større, og her vil, i ein kommune som Bærum, ein tenesteleverandør over tid kunne bevege seg inn og ut av offentlig godkjenning og dermed også av IPLOS.

Når det gjeld situasjonen innanfor kommunehelsetenesta, blir t.d. berre private legar og fysioterapeutar med avtale med kommunen registrert i årsverkrapporteringa. Private legar og fysioterapeutar utan avtale med kommunane blir dermed ikkje registrert i KOSTRA skjema 1. Det er rimeleg å anta at desse legane kan tilby mange av dei same tenestene som kommunen tilbyr mot betaling. Årsverka inkluderer t.d. heller ikkje fengselhelseteneste og legevakt. Legevakt er noko SSB skulle ønska at kunne blitt teke med i statistikken, men tidlegare forsøk har vist at det blir vanskeleg grunna mykje interkommunalt samarbeid og ulik organisering.

Frå private sjukehus får Norsk pasientregister berre data om offentlig finansert behandling. Ifølge SAMDATA får dei private sjukehusa berre ein tredel av sine inntekter frå kjøp frå helseføretak, resten kjem frå eigenbetalande, helseforsikringar og andre inntekter. Berre aktivitet som er knytt til kjøp frå helseføretaka, vert med i datagrunnlaget.

Når det gjeld å nytte ER som «populasjonsforvalter» for private einingar, er det førebels ein heil del vanskar. Dette gjeld især for einingar utan offentlig avtale, og ikkje minst på området rehabilitering. Dette gjer det p.t. vanskeleg å nytta ER som grunnlag for datainnhenting frå private einingar og også for å lage sysselsetjingsstatistikk for desse.

Når det gjeld det andre spørsmålet om korleis innhaldet i dei «ikkje-registrerte» tenestene er samanlikna med dei «registrerte», ville det ha vore interessant å sjå omfanget av private einingar som er registrerte på dei aktuelle næringane, men som ikkje tilbyr kommunalt eigde tenester og som fell utanfor populasjonen som danner grunnlaget for statistikken som blir publisert i dag. For spesialisttenestene vil dei privat betalte tenestene i nokon grad ha ein annan profil, men her finst også tenester som overlappar det offentlig finansierte tilbodet.

Når det gjeld det tredje spørsmålet om denne type tenester, som ikkje er inkludert i den offisielle statistikken, er aukande i omfang, ville det ha vore interessant og undersøkt, både innanfor helsetenestene og sosialtenestene. Her treng ein nok å gjera ei kartlegging for å kunna fastslå kva som er stoda.

Når det gjeld det fjerde spørsmålet om kva som eventuelt skal til for å inkludera i statistikken, er det fleire omsyn. For den kommunale delen er det private einingar som tilbyr kommunalt eigde tenester som blir inkludert i statistikken. Kommunen er ikkje naturleg rapportør om tenesteytarar som dei ikkje har avtale med. I tillegg har samhandlingsreforma ført til utfordringar knytt til å plassera halvanna linetene i anten kommunal eller statleg sektor (spesialisthelsetenesta). Ein kan også tenkje seg andre løysingar enn å inkludere «heilprivate» tilbod fullt ut i datagrunnlaget, t.d. gjennom periodisk og meir avgrensa rapportering.

Kontaktutvalet var samde om at dette er eit området ein bør følgja tett i tida som kjem. Truleg kjem det til å bli meir og meir aktuelt med fleire private aktørar på marknaden. I spesialisthelsetenesta vil fritt behandlingsval kunna gi utfordringar knytt til dei private tilbydarane, og kor mange av dei, og kor mykje av dei som eventuelt skal inkludera i statistikken.

Referansekode i 'Helserådet': HST 2016-18. Stikkord: Statistikkgrunnlag.

# Forskjellene i levealder øker blant norske kvinner

(forskning.no 15.4.2016)

Kvinner med høy utdanning lever lenger enn kvinner med lavere utdanning, noe flere land prøver å gjøre noe med. Norge er et av landene i en ny studie som ikke lykkes i å redusere forskjellene. **NTB**.

En fersk europeisk undersøkelse publisert i forskningstidsskriftet **British Medical Journal (BMJ)** viser at mens andre land har redusert forskjellene, øker gapet mellom utdanningsgruppene i to land: Norge og Finland.

Norske kvinner med høyere utdanning ligger før og nå på samme nivå i dødelighet som medsøstre i andre land. Men norske kvinner med lav utdanning klarer ikke å henge med sine medsøstre i andre land som får bedre helse og lavere dødelighet.

– Det er utvilsomt røyking som er hovedårsaken til den høye forskjellen i dødelighet blant norske kvinner, sier forsker Bjørn Heine Strand ved Folkehelseinstituttet til NTB.

Se hele artikkelen samt en del relatert materiale fra forskning.no ved å gå inn på <http://forskning.no/helse/2016/04/okte-forskjeller-i-dodelighet-blant-norske-kvinner>.

Se også artikkelen nedenfor fra Folkehelseinstituttet: Forskjeller i levealder høyere i Norge enn i flere andre europeiske land.

Referansekode i 'Helserådet': HST 2016 – 19. Stikkord: Levealder. Levealder kvinner. Røyking.

## Hygienehypotesen for fall?



**International Scientific Forum on Home Hygiene**

The Leading Source of Scientific, Professional & Consumer Information

Det har vært en konferanse i London nylig i regi av International Scientific Forum on Home Hygiene som bl. a. har drøftet den såkalte *hygienehypotesen*. Denne hypotesen har lenge hatt stor oppmerksomhet og har i all korthet gått ut på at hygiene og renslighet er årsaken til den store økningen i allergiske lidelser. Konferansen støtter ikke lenger denne hypotesen. I Norge har vi mer konsentrert oss om *biodiversitetshypotesen* som ikke er det samme som *hygienehypotesen*.

Biodiversitetshypotesen er omtalt av Jan Vilhelm Bakke i en lengre artikkel i 'Helserådet' nr. 2/16, side 10-19.

Se hele omtalen av konferansen i London som også omtaler et e-læringsprosjekt om hygiene: <http://www.ifh-homehygiene.org/sites/default/files/newsletter/newsheet2016-april.pdf>.

Referansekode i 'Helserådet': PER 2016 – 6. Stikkord: Hygienehypotesen.

## Zika-gjennombrudd setter fart på kampen mot viruset (forskning.no 14.4.2016)

Det internasjonale helsemiljøet håper koblingen mellom zika og mikrokefali vil sette press på myndighetene til å finansiere kampen mot det fryktede viruset. **NTB**.

Mikrokefali fører til at barn fødes med liten hodeskalle og underutviklet hjerne. Helsemyndigheter har den siste tiden sagt at alt tyder på at det myggbårne viruset hos gravide mødre forårsaker tilstanden hos barn.

– Det er ikke lenger noen tvil om sammenhengen, sier Tom Frieden, som leder det amerikanske senteret for sykdomskontroll (CDC). Han sier viruset også kan forårsake andre alvorlige hjerneskader hos fostre.

I 2015 rapporterte brasilianske myndigheter om en økt forekomst av fosterskaden mikrokefali samtidig med et utbrudd av zikafeber i landet. Senere har en rekke andre land i Latin-Amerika hatt utbrudd av zikasmitte.

Se hele artikkelen fra forskning.no samt en del relatert materiale ved å gå inn på <http://forskning.no/virus/2016/04/zika-gjennombrudd-setter-fart-pa-kampen-mot-viruset>.

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016 – 56. Stikkord: Zikavirus.



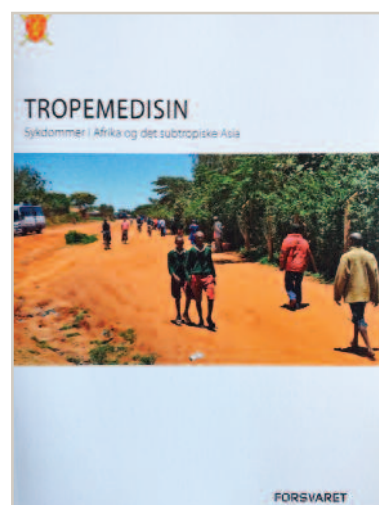
## Fin og nyttig bok fra Forsvarets Sanitet

Forsvarets Sanitet har nylig utgitt en bok om tropemedisin, forfattet av legene Fredrik S. Thorn og Harald Wiik.

I innledningen til boken skriver Jan Sommerfelt-Pettersen, kontreadmiral og sjef for Forsvarets Sanitet (FSAN):

Kjennskap til medisinske utfordringer i tropiske strøk er viktig, og den er særlig viktig for Forsvarets personell som i utstrakt grad tjenestegjør i store deler av verden. Kunnskap om tropemedisin kan være like viktig som personellet kunnskap og evne til å håndtere væpnede konflikter og krig. Tropemedisin omfatter ikke bare sykdommer i tropiske strøk, men også sykdommer vi like gjerne kan se blant innreisende til Norge. Kunnskap om dette emnet er med andre ord svært aktuelt. Dette har blitt enda mer tydeliggjort for oss i forbindelse med utbrudd av Ebola og zika-viruset.

Det er viktig å beskytte seg, både FØR man reiser, UNDER oppholdet og ikke minst er det viktig å vite hva man skal være oppmerksom på ETTER at man har kommet hjem. Kunnskap om tropemedisin er en forutsetning for å vite hvilke forholdsregler man skal ta, og eventuelt hvilken informasjon man skal etterlyse. Skade og sykdomsforebygging er viktig for et godt liv og god helse, som igjen er sentralt for stridsevne. Like viktig er det at helsen ivaretas eller gjenopprettes etter tjeneste eller strid. Dette oppsummeres kort i FSANs visjon.



### Helse for stridsevne

Fredrik S. Thorn og Harald Wiik har med sin brede og dype teoretiske så vel som praktiske erfaring fra operasjoner nasjonalt og internasjonalt skrevet en bok som på en lettfattelig og oversiktlig måte gir et godt innblikk i temaet. Boken er informativ ved hjelp av tekst og gode illustrasjoner. Mottiltak og ikke minst behandling er utførlig listet, noe som gjør at publikasjonen fremstår brukervennlig.

**Red. kommentar 'Helserådet':** Jeg ser på denne boken som sentral også for annet personell som direkte eller indirekte har med tropesykdommer eller opphold i tropene å gjøre. Forsvarets Sanitet ønsker at boken skal kunne deles ut kostnadsfritt til interesserte samfunnsmedisinere. Man kan sende e-post til Fredrik Thorn om dette: [fredriksthorn@gmail.com](mailto:fredriksthorn@gmail.com).

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016 – 57. Stikkord: Tropesykdommer. Forsvarets Sanitet.

**Dagens Medisin** 19.4.2016

## Ber Prioriteringsrådet vurdere HPV-vaksinering av gutter

Etter flere års utredning av HPV-vaksinasjon av gutter, nærmer det seg trolig en beslutning.

Skrevet av: Lisbeth Nilsen og Anne Grete Storvik

HPV-vaksinering ble innlemmet i det norske barnevaksinasjonsprogrammet i 2009, som et tilbud til 11-12 år gamle jenter.

I lang tid har det også vært diskutert om gutter bør tilbys HPV-vaksine gjennom barnevaksineprogrammet for å øke beskyttelsen mot HPV-relatert livmorhalskreft hos jenter gjennom smittebegrensning samt for å forebygge annen HPV-relatert kreft, som også rammer menn.

Nå skal Rådet for kvalitet og prioritering (Prioriteringsrådet) på sitt neste møte 2. juni [diskutere om gutter bør innlemmes i vaksineprogrammet](#).

Ifølge Prioriteringsrådets mandat skal Rådet delta i vurderingen av befolkningsrettede tiltak som screening og vaksiner.

Se hele artikkelen fra Dagens Medisin ved å gå inn på [http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/04/19/ber-prioriteringsradet-vurdere-hpv-vaksinering-av-gutter/?utm\\_source=apsis-anp-3&utm\\_medium=email&utm\\_content=unspecified&utm\\_campaign=unspecified](http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/04/19/ber-prioriteringsradet-vurdere-hpv-vaksinering-av-gutter/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified)

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016 – 58. Stikkord: HPV-vaksinasjon.

## Flått er farligere enn man hittil har trodd *(forskning.no 25.4.2016)*

Skogflått sprer trolig sykdommer som ennå er ukjente, og pasienter risikerer derfor å aldri få riktig diagnose, viser ny forskning. **NTB**



Det er franske forskere som har undersøkt hvor ofte sykdomsfremkallende mikroorganismer kan være til stede i flåttarten *Ixodes ricinus*, kjent som skogflått i Norge.

Nesten 45 prosent av flåttene som ble undersøkt bar på to eller flere mikroorganismer som kan fremkalle sykdom hos mennesker. Skogflåttene, som man vanligvis finner i kystområdene opp til Helgeland, er den vanligste typen flått vi har i Norge.

Se hele artikkelen inkludert en del relatert materiale fra forskning.no ved å gå inn på <http://forskning.no/sykdommer-insekter/2016/04/flatt-er-farligere-enn-man-hittil-har-trodd>.

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016 – 61. Stikkord: Skogflått.

## Nanopartikler fukter slimhinnene i tørr munn *(forskning.no 24.4.2016)*

Tørr munn ødelegger tennene. Nå kan spesialdesignete nanopartikler sørge for at slimhinnene i munnen forblir konstant fuktige.

**Yngve Vogt**, journalist, Apollon

Mange eldre er plaget av tørr munn. Tørr munn er dessuten bivirkningen til mange medisiner og et stort problem for pasienter med Sjögrens syndrom og for dem som er blitt strålebehandlet i området rundt hals og nakke. Uheldigvis kan tørr munn være et mekka for bakterier. Det er uheldig for både tannkjøtt og tenner.

– Dagens preparater mot tørr munn fungerer ikke. Selv om enkelte pasienter sier de føler seg bedre, viser målinger at munnskyll og spray bare har kortvarig effekt, forteller professor Marianne Hiorth på Farmasøytisk institutt ved Universitetet i Oslo.

Marianne Hiorth er nå i gang med å utvikle en helt ny medisin mot tørr munn. Hun har funnet ut hvordan det er mulig å lage nanopartikler som kan sørge for at slimhinnene i munnen forblir passe fuktige hele tiden.

- Les også: [Haien kan hjelpe de med dårlige tenner](#)

Se hele artikkelen samt en del relatert materiale fra forskning.no ved å gå inn på <http://forskning.no/tenner-nanoteknologi/2016/04/nanopartikler-fukter-slimhinnene-i-torr-munn>.

Referansekode i 'Helserådet': PER 2016 – 7. Stikkord: Munntørhet. Nanopartikler.

## Rike amerikanere lever 15 år lengre enn de fattigste

*(forskning.no 24.4.2016)*

De rikeste i USA lever i snitt nesten 15 år lengre enn de fattigste. Forskjellen i levealder har økt siden 2001, viser ny forskning, ifølge **NTB**.

En studie som tar for seg inntekt og forventet levealder, er publisert i tidsskriftet Journal of The American Medical Association. Den tar utgangspunkt i mer enn en milliard selvangivelser fra 1999 til 2014, koblet opp mot statistikk over dødsfall.

Forskjellen i levealder mellom den fattigste 1 prosenten og den rikeste 1 prosenten var 14,6 år for menn og 10,1 år for kvinner, går det fram av studien. Økonomiforskeren Raj Chetty ved Stanford University har ledet prosjektet.

Se hele artikkelen samt en del relatert materiale fra forskning.no ved å gå inn på <http://forskning.no/helse/2016/04/rike-amerikanere-lever-15-ar-lengre-enn-de-fattigste>.

Referansekode i 'Helserådet': ULI 2016-6. Stikkord: Fattigdom.

## Røykere sliter mer med å finne jobb *(forskning.no 12.4.2016)*

Folk som røyker, sliter mer med å finne jobb og tjener mindre enn ikke-røykere, viser en ny amerikansk undersøkelse i følge **NTB**.

Forskerne tok for seg 250 arbeidsledige i San Francisco-området, rundt halvparten av dem røykere.

Etter seks måneder undersøkte forskerne hvor mange av dem som hadde skaffet seg arbeid, og det samme ble gjort etter tolv måneder. 56 prosent av ikke-røykerne skaffet seg arbeid innen ett år, noe bare 27 prosent av røykerne hadde greid.

Se hele artikkelen samt en del relatert materiale fra forskning.no ved å gå inn på <http://forskning.no/royking-arbeid/2016/04/roykere-sliter-mer-med-finne-jobb> .

Referansekode i 'Helserådet': TOB 2016-12. Stikkord: Arbeidsledighet.

.....

**HELSETILSYNET**

19.4.2016

## Siste tilvekstliste fra biblioteket

Bøker, rapporter og nettdokumenter registrert i biblioteket 15. mars – 18. april.

Gå inn på:

<https://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Kunnskapskilder/Bibliotekets-tjenester/Siste-tilvekstliste-biblioteket/> .

Referansekode i 'Helserådet': RED 2016 – 8. Stikkord: Faglitteratur. Litteratur.

## Fuktskader i tre av ti boliger - kan være helsefarlig

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=118754>.

Fukt og muggsopp kan utløse og forverre helseproblemer som astma, bronkitt og kronisk betennelse i neseslimhinnen. En studie fra Folkehelseinstituttet viser at tre av ti boliger har fuktproblemer som bør utbedres.

– Fukt og muggsoppskader er ansett som den viktigste negative helsefaktoren i innemiljøet, sier seniorforsker Johan Øvrevik ved Folkehelseinstituttet.

En ny undersøkelse avdekker hvor utbredt fuktproblemer er. Over 10 000 boliger over hele landet er gransket.

### Mange helseplager

En rekke studier viser at luftveisrelaterte sykdommer er mer utbredt hos dem som bor i boliger med dårlig inneklima – særlig der det er muggsopp og fukt.

– De som bor i boliger med fuktproblemer har oftere enn andre pustebe-  
svær, hoste, piping i brystet, astma, bronkitt og luftveisinfeksjoner. De har  
også mer eksem og allergisk betennelse i slimhinnen i nesen. Mange melder  
også om diffuse symptomer, som hodepine, konsentrasjonsproblemer og  
trøtthet, sier Øvrevik som forsker på inneklima ved Område for smittevern,  
miljø og helse i Folkehelseinstituttet.

### Fuktproblemer hos tre av ti

Det nøyaktige omfanget av fuktproblemer i norske boliger har vært ukjent. Nå har forsker Anja Hortemo Høie ved Folkehelseinstituttet lett etter fuktskader i over 10 100 boligrapporter. Boligene er undersøkt i forbindelse med If Boligsjekk. Hun analyserte i alt 160 000 beskrivelser i de 10 000 rapportene. Høie fant anmerkninger om fukt i 3125 boliger. Det vil si i tre av ti boliger.

- Av alle boligene hadde 27 prosent fuktskader som ble anbefalt utbedret
- Fire prosent av boligene hadde så alvorlige fuktproblemer at akutte tiltak var nødvendig
- Rundt 1000 boliger hadde fuktskader eller risiko for fuktskade i rom der folk oppholder seg til daglig. Halvparten av disse gjaldt bad.

### Hva gir størst helserisiko?

– Omfattende fuktskader i rom hvor man oppholder seg over lengre tid, gir størst helserisiko. Derfor er forebygging og utbedring av fukt- og muggsoppskader i skoler, barnehager og hjem svært viktig for å sikre god helse, sier Øvrevik.

Fuktskader er mest utbredt i kjellere, uinnredede loft og bad, samt i forbindelse med drenering og grunnmur.

– Det utgjør ikke nødvendigvis noen helserisiko hvis beboerne ikke oppholder seg i disse rommene. Det er fukt i soverom og bad vi er mest bekymret for, fordi det er her beboerne oppholder seg mest, sier Øvrevik.

### Hva skyldes fukt i huset?

Fukt i boligen kan ha mange årsaker. Det kan skyldes lekkasjer gjennom vinduer, tak eller grunnen. Vannskader ved lekkasjer fra rør, blande batteri og vannlås, samt flom er også vanlige årsaker.

– Mange boliger i undersøkelsen fikk påvist målbar fukt i konstruksjoner, høy luftfuktighet, fuktmerker og kondensskader, uten at eierne visste årsaken. Dette kan også skyldes feil under byggingen, sier Øvrevik.

Men fukt kan også skyldes feil bruk av boligen. Typisk kan høy fuktproduksjon som ikke ventileres ut, gi skader. Dusjing uten luftig eller ventilasjon er en typisk årsak til fuktskader på badet.

– Fukt i soverom er ekstra bekymringsfullt. Fuktskader bør uansett utbedres så fort som mulig, sier Øvrevik



Illustrasjonsfoto: Colourbox.com



Muggsopp i vinduskarm. Illustrasjonsfoto: Colourbox.com

## Hva skal vi se etter?

- mugglukt
- mye kondens på overflate
- større fuktskader på materialer

## Når blir fuktskader helseskadelig?

Forskerne kan ikke si sikkert hvor mye fukt eller muggsopp som er helseskadelig i innemiljøet.

– Men her gjelder føre-var-prinsippet. Vedvarende fukt og vekst av muggsopp på flater må fjernes, anbefaler Øvrevik.

Forskere kan foreløpig ikke si sikkert hva det er som konkret fremkaller sykdom i fuktige omgivelser.

– Mye tyder på at muggsoppen er hoved-synderen, men det kan også være soppsporer, soppfragmenter eller muggsoppgifter. Husstøvmidd og flyktige organiske stoffer fra bygningsmaterialer kan også være en årsak. Det står mye forskning igjen for å vise endelige årsakssammenhenger, sier Øvrevik.

Bare selveierleiligheter inngår i denne studien. Folkehelseinstituttet mener det er grunn til å tro at problemet er større i leiligheter i utleiemarkedet. Særlig utleieboliger i kjellere vil være utsatt, fordi det er mye fukt i kjellere.

Studien er utført med støtte fra Helsedirektoratet av Folkehelseinstituttet, SINTEF byggforsk og firmaet Anticimex som registrerte skader i boligene. Studien er ennå ikke publisert.

## Interessert i temaet?

Folkehelseinstituttet har for øvrig en hel rapport med tittelen: [Anbefalte faglige normer for inneklima](#). Rapporten danner grunnlaget for arbeidet med denne studien. Forfatter Rune Becher.

### Temaene i rapporten foruten fuktproblemer er:

Allergener i innemiljøet – husstøvmidd og kjæledyr  
 Legionellainfeksjoner i tilknytning til vanlige innemiljøer  
 Svevestøv  
 Asbest  
 Syntetiske mineralfibre  
 Flyktige organiske forbindelser (VOC)  
 Formaldehyd  
 Benzen  
 Passiv røyking  
 Radon  
 Karbondioksid (CO<sub>2</sub>).  
 Karbonmonoksid (CO)  
 Nitrogen dioksid (NO<sub>2</sub>)  
 Ozon  
 Støy

Folkehelseinstituttets nettsider har også et eget temaområde for Inneklima.

Publisert: 20.04.2016, endret: 20.04.2016, 15:15

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2016 - 21. Stikkord: Inneklima. Fukt. Soppdannelse.

# Zikavirus - oppdatering om situasjonen globalt og tester i Norge

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=118571>.

Zikautbruddet omfatter nå rundt 30 land med pågående utbrudd eller økende forekomst av zikavirus-infeksjon. Blodprøver fra 222 personer har til nå blitt testet ved Folkehelseinstituttet, to viser aktiv infeksjon og et fåtall - rundt ti - viser at personen har gjennomgått zikavirus-infeksjon.

## Situasjonen i Norge

I perioden fra 25. februar til 11. april 2016 er 222 personer testet for zikavirus ved Folkehelseinstituttet, og av disse er 142 kvinner og 80 menn. De fleste kvinnene



Foto: CDC/James Gathany

er gravide, og de fleste mennene er partnere til gravide som kan ha smittet den gravide etter reise til endemiske områder eller etter hjemkomst fra disse områdene.

Folkehelseinstituttet bruker flere typer tester som faller i to hovedkategorier:

- Tester som påviser virus direkte i blod ved akutt sykdom. Disse testene kalles PCR-tester.
- Tester som påviser antistoffer mot zikavirus i blod. Disse testene viser om personen tidligere har vært smittet med zikavirus. Testene kan ikke sikkert si noe om smittetidspunkt, særlig der personen ikke har hatt symptomer på gjennomgått zikavirus-infeksjon.

Resultater av testene viser at:

- To av de 222 testede personene hadde resultater som tyder på en akutt zikavirus-infeksjon. De hadde symptomer på mild sykdom og fikk påvist virus i blod i det akutte forløpet.
- Et fåtall, det vil si rundt 10 av de 222 testede personene hadde positiv antistofftest, som tyder på at de har gjennomgått zikavirus-infeksjon enten nylig eller langt tilbake i tid
- De gravide som har testet positivt utredes nærmere om de kan være smittet under aktuelle svangerskap og følges opp ved fostermedisinske avdelinger.

Alle som har testet positivt for zikavirus, har oppholdt seg i utbruddsområdene.

### Folkehelseinstituttets råd

Folkehelseinstituttet fraråder gravide å reise til områder med pågående utbrudd eller økende forekomst av zikafeber, og reisende som har oppholdt seg i disse områdene bør ta forholdsregler vedrørende mulig graviditet etter hjemkomst. Folkehelseinstituttets råd til reisende samt oversikt over berørte land oppdateres fortløpende på Folkehelseinstituttets nettsider:

<http://www.fhi.no/tema/zikafeber/berorte-omraader>

### Situasjonen på det amerikanske kontinent

Brasil er det landet som er hardest rammet av zikautbruddet. Man regner med at mellom 0,4 og 1,3 millioner mennesker ble smittet i løpet av 2015, og alle landets 27 stater har rapportert om smitte. Colombia melder om nesten 60 000 mistenkte tilfeller i perioden fra oktober 2015 og ut mars 2016. Utfra ukesrapportene for Colombia ser imidlertid utbruddet ut til å ha nådd toppen og antallet nye tilfeller er på vei ned. Opptil 80 % av de som er smittet får ikke symptomer.

### Importerte tilfeller til Europa

Det er til nå ikke rapportert om tilfeller av overføring av zikavirus med mygg i Europa. Det er imidlertid påvist enkelttilfeller av seksuell smitte fra menn som har vært i utbruddsområder også på det europeiske kontinentet. Det europeiske smittevernssenteret (ECDC) melder om at det er rapportert totalt 359 importtilfeller fra berørte områder til EU/EØS-området.

### Zikavirus-infeksjoner og forekomst av komplikasjoner

I følge Verdens helseorganisasjon er det nå bred vitenskapelig enighet om at zikavirus-infeksjon kan forårsake mikrokefali og andre neurologiske komplikasjoner. Det er fortsatt mange kunnskapshull når det gjelder zikavirus-infeksjon og forekomsten av komplikasjoner. Blant det vi fortsatt ikke vet, er:

- Det er foreløpig ukjent i hvilken del av svangerskapet fosteret er mest utsatt for fosterskader ved zikavirus-infeksjon
- Hvor stor risikoen er for at en kvinne som får en zikavirus-infeksjon i svangerskapet, overfører viruset til fosteret, og i hvilken grad dette kan medføre fosterskader som mikrokefali, er ukjent
- Det er fortsatt uklart i hvilken grad og eventuelt hvor lenge etter zikavirus-infeksjon menn kan overføre viruset via seksuell omgang.

Det kommer stadig nye publikasjoner som gir ny kunnskap om zikaviruset og sammenheng med utvikling av mikrokefali og neurologiske komplikasjoner. Enkeltstudier alene er ofte ikke tilstrekkelig for å oppdatere råd. Det trengs vanligvis flere studier som gir et samlet bilde på situasjonen før man endrer reise- og andre råd.

### Risiko for spredning til nye områder

Risikoen for at zikaviruset sprer seg videre til nye områder i Amerika der myggen som overfører viruset finnes, regnes fortsatt som stor. Viruset kan potensielt også spres til andre deler av verden der det er klimatiske forhold og tilstedeværelse av mygg som gjør utbrudd mulig. I Europa er det først og fremst Madeira som nevnes som et område hvor det er risiko for zikavirus-utbrudd. Madeira har tette bånd og mange reisende til og fra affiserte land i Sør-Amerika, og har også klimatiske forhold og myggarter som gjør utbrudd mulig. ECDC anser at det kan være risiko for smitteoverføring via mygg i sørlige Europa i sommerhalvåret, og det pågår forskning for å bedre vurdere denne risikoen. Norge har ikke klimatiske forhold og mygg som gjør at det vurderes å være risiko for utbrudd her.

### Hva gjøres for å stoppe utbruddet?

Myndighetene i de rammede landene har sammen med internasjonale aktører igangsatt ulike tiltak for å begrense og om mulig stoppe spredningen av zikaviruset. Det viktigste tiltaket er å redusere myggforekomsten i området gjennom å identifisere gode klekkingsforhold for myggen (stillestående vannkilder som vanntanker, brukte bildekk, blomsterpotter) og å fjerne eller dekke til disse, ev. tilsette insektmidler der det ikke er mulig å fjerne vannkildene.

Det er startet arbeid med å utvikle vaksine mot zikafeber, men dette vil ta tid. Forskningsmiljøer nasjonalt i de hardest rammede områdene og internasjonale forskningsmiljøer, arbeider hele tiden for å øke kunnskapen om zikaviruset og myggartene som kan overføre zikaviruset, slik at mest mulig effektive og målrettede tiltak kan iverksettes.

#### Les mer:

- ECDCs risikovurdering
- WHO's siste situasjonsrapport

Publisert: 13.04.2016, endret: 13.04.2016, 16:14

#### Se også:

- Spørsmål og svar om zikafeber

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016 – 54. Stikkord: Zika-feber.

### Gonoré og syfilis 2015

## Gonoré fortsetter å øke i Norge

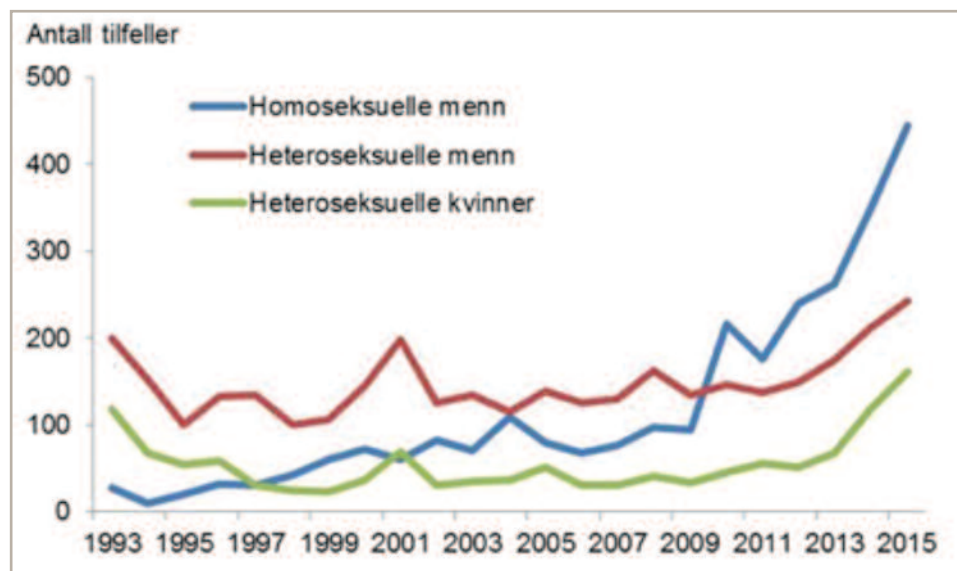
Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=118562>.

Antall registrerte gonorétilfeller er nå det høyeste på 25 år. Meldte tilfeller av syfilis i 2015 gikk noe ned, men ligger fortsatt høyt i forhold til for få år siden. Dette kommer fram i en ny rapport fra Folkehelseinstituttet.

I 2015 ble det diagnostisert 851 gonorétilfeller i Norge mot 682 tilfeller i 2014. Den betydelige økningen av gonoré blant menn som har sex med menn startet i 2010 og fortsetter også i 2015. Gonoré blant heteroseksuelle menn og kvinner fortsetter også å øke.

Blant de 851 tilfellene var det 690 menn og 161 kvinner. Av mennene var 444 smittet homoseksuelt, 243 var smittet heteroseksuelt og for tre menn var seksuell praksis ukjent. Alle de 161 kvinnene var smittet heteroseksuelt.

- Spesielt sterk har økningen av gonoré vært blant kvinner der antall meldte tilfeller har tredoblet seg på få år, sier Øivind Nilsen seniorrådgiver ved Folkehelseinstituttet.



Figur 1. Tilfeller av gonore i Norge meldt MSIS 1993-2015 etter diagnoseår, smitemåte og kjønn.

Økningen av gonoré i 2015 ses særlig i Oslo, men fylker som Buskerud, Hordaland, Nordland, Vest-Agder og Vestfold har alle hatt en nær dobling eller mer av antall gonorétilfeller i 2015. I Rogaland og Sør-Trøndelag, som opplevde en kraftig økning av antall tilfeller i 2014, holder antall tilfeller seg høyt selv om meldte tilfeller i 2015 har gått noe ned i Rogaland.

- Økningen av meldte gonorétilfeller i Norge de siste årene skyldes trolig både en kombinasjon av mer effektiv diagnostikk ved økende bruk av PCR-undersøkelse og en reell økning i forekomst av sykdommen, fortsetter Nilsen.

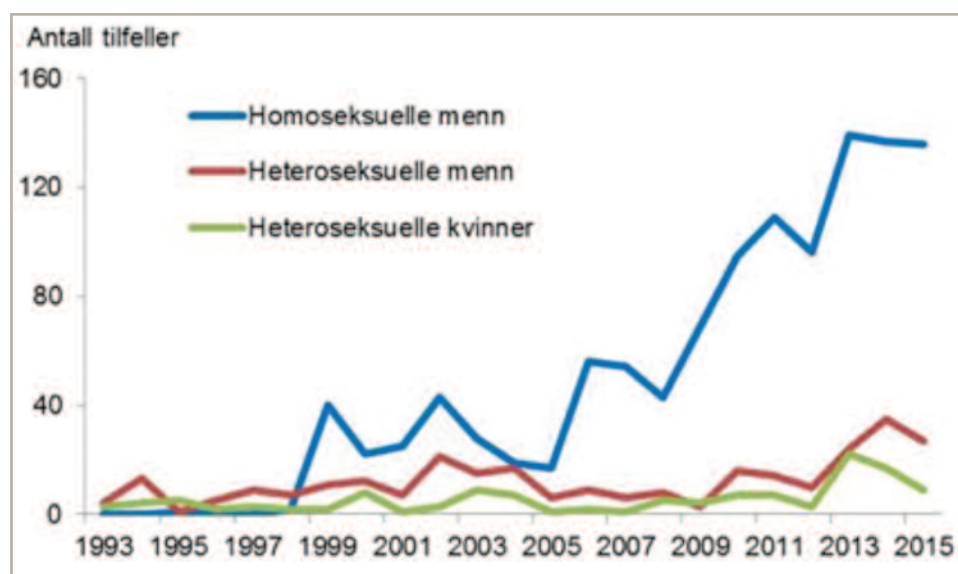
#### Forekomst av syfilis holder seg høyt

Syfilistilfeller blant menn som har sex med menn holder seg nær uforandret høyt i 2015, blant heteroseksuelt smittede kvinner og menn har antall tilfeller gått noe ned. Meldingssystemet for smittsomme sykdommer (MSIS) fikk i 2015 meldt 172 tilfeller av syfilis mot 189 tilfeller i 2014. Av tilfellene i 2015 var 79 prosent (136 tilfeller) homoseksuelt smittet og 21 prosent (36 tilfeller) heteroseksuelt smittet.



- Selv om meldte tilfeller av syfilis gikk noe ned i 2015, holder forekomsten seg vesentlig høyere enn det som var vanlig for få år siden sier Nilsen.

De 172 tilfellene totalt meldt i 2015, fordeler seg på 162 menn og 10 kvinner. Én av kvinnene oppga at hun ble smittet av en annen kvinne. Av tilfellene meldt i 2015 kommer 58 prosent fra Oslo. Antall tilfeller i Hordaland blant menn som har sex med menn, økte kraftig i 2014. I 2015 er antall tilfeller tilbake på gjennomsnittet de siste årene. Av de 172 tilfellene av syfilis i 2015 er 64 prosent født i Norge.



Figur 2. Tilfeller av syfilis (primær, sekundær og tidlig latent syfilis) i Norge meldt MSIS 1993-2015 etter diagnoseår, smittemåte og kjønn.

### Viktig med tidlig diagnose, smittesporing og økt kondombruk

Antall påviste hivtilfeller blant menn som har sex med menn gikk ned i 2015. Likevel gir den stadige økende forekomsten av gonorré i gruppen grunnlag for å tro at det fortsatt foregår mye risikoseks. Seksuelt aktive menn som har sex med menn bør jevnlig tilbys undersøkelse og eventuelt behandling. I tillegg er det viktig at helsetjenesten har økt årvåkenhet for at gonore og syfilis nå forekommer hyppigere også blant heteroseksuelle.

- Folkehelseinstituttet er bekymret for utviklingen. Tidlig diagnostisering, behandling av infeksjoner, rådgivning og smittesporing må prioriteres hvis vi skal snu denne negative trenden. I tillegg bør kondombruken økes for å forebygge at infeksjoner oppstår, avslutter Nilsen.

Les mer om gonorré og syfilissituasjonen:

- [Gonorré- og syfilissituasjonen i Norge 2015](#) (pdf)

Publisert: 13.04.2016, endret: 13.04.2016, 10:07

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016 – 55. Stikkord: Gonorré. Syfilis.

## Verdens malariadag 25.april

# Bedre global malariasituasjon, men mye arbeid gjenstår

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=118800>.

Verdens helseorganisasjon har siden 2007 markert 25. april som verdens malariadag. Bakgrunnen for å markere en slik dag er å rette oppmerksomheten mot den globale innsatsen for en effektiv kontroll med sykdommen. Arbeidet mot malaria har vist gode resultater de senere årene.

De siste årene har kampanjer for innendørs bruk av insektmidler sammen med utstrakt bruk av myggenett i utsatte områder medført en bedre global malariasituasjon, dvs. færre tilfeller og færre dødsfall globalt. I perioden 2000 til 2015 har iflg Verdens helseorganisasjon raten for malariadødsfall på verdensbasis blitt redusert med 60 prosent. Estimert antall nye malariatilfeller har i samme tidsrom blitt redusert med 37 prosent på verdensbasis. WHO's mål for malariabekjempelse er en 90 prosent reduksjon av dødsfall og forekomst av malaria innen 2030 sammenlignet med 2015.



## Forekomst av malaria

Smitte med malariaparasitten er en risiko i 97 land, og ca. halvparten av verdens befolkning bor i disse områdene. Cirka 88 prosent av malariatilfellene forekommer i Afrika. Malaria er en av verdens mest utbredte infeksjoner. Verdens helseorganisasjon har anslått at det globalt i 2015 var cirka 214 millioner nye tilfeller av malaria som forårsaket cirka 430 000 dødsfall. Ca. 90 prosent av dødsfallene var i Afrika, og 83 prosent av de globale dødsfallene var blant barn under fem år hovedsakelig i Afrika. Seks land (Nigeria, Demokratiske republikk Kongo, Burkina Faso, Mosambik, Elfenbenskysten og Mali) rapporterer cirka 60 prosent av alle malariadødsfall i verden.

Hvert år reiser cirka 125 millioner personer fra malariafrie til malariaendemiske områder, og 10 000 – 30 000 av dem smittes med malaria.

### Importerte tilfeller av malaria til Norge

Dødsfall og alvorlig sykdom forårsaket av malaria er i dag svært sjeldent i Norge. Etter en lang periode med reduksjon i antall tilfeller av malaria som blir diagnostisert i Norge etter opphold i malariaområder har man de siste tre år sett en betydelig økning av meldt tilfeller. Denne økningen skyldes hovedsakelig flere tilfeller blant nyankommede asylsøkere spesielt fra Eritrea. Økingen kan også skyldes en mer aktiv innhenting av diagnostiserte tilfeller fra landets sykehus.

Ved siden av asylsøkere er personer av utenlandsk opprinnelse som besøker slektninger og venner i tidligere hjemland den vanligste gruppen som utvikler malaria i Norge. Personer av utenlandsk herkomst vil etter en tid utenfor malariaområde være like mottakelige for utvikling av malariasykdom som personer av norsk herkomst. Malaria etter vanlig turistreise ses forholdsvis sjeldent (tab 1). *P. falciparum* den klart vanligste malariaformen som importeres til Norge.

Tabell 1. Malaria meldt MSIS, Folkehelseinstituttet 2008-2015 etter diagnoseår og reisens art								
Årsak utenlandsopphold	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Arbeids-, studie-, langtidsopphold	3	5	9	2	3	10	11	3
Forretningsreise	0	3	0	1	1	6	6	3
Besøk tidligere hjemland	18	9	16	15	14	29	22	18
Smittet før ankomst Norge (innvandring)	5	5	3	4	5	21	70	57
Turisme	5	9	9	4	7	12	8	5
Ukjent/annet	0	3	0	5	7	9	3	8
<b>Totalt</b>	<b>31</b>	<b>34</b>	<b>37</b>	<b>31</b>	<b>37</b>	<b>87</b>	<b>120</b>	<b>94</b>

Vanligste smitteland i perioden 2008 – 2015 var for turister Ghana, Kenya og India, mens vanligste smitteland for besøk i tidligere hjemland Ghana, Nigeria, Kamerun og Sierra Leone.

### Forebyggende tiltak mot malaria

Folkehelseinstituttet publiserer i samarbeid med andre faggrupper oversikter om bruk av malariaprofylakse i ulike deler av verden. De siste årene er det lagt mer vekt på god beskyttelse mot myggstikk og mindre vekt på bruk av malariamedisiner som forebygging.

- [Malariaveilederen](#)

Publisert: 22.04.2016, endret: 24.04.2016, 12:48

#### Se også:

- [Smittevernveilederen - Malaria - veileder for helsepersonell](#)
- [World Malaria Day 2016](#)
- [World Malaria Report 2015 \(WHO\)](#)

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016 – 60. Stikkord: Malaria.

## Hvor mange tok barnevaksiner i 2015?

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=118770>.

Stadig flere barn blir vaksinert, og nå får de aller fleste barn og unge i Norge de vaksinene som er anbefalt i barnevaksinasjonsprogrammet. Dette viser gjennomgangen av den nasjonale vaksinasjonsdekningen i 2015.

I det nasjonale vaksinasjonsregisteret SYSVAK registreres alle vaksinasjoner i barnevaksinasjonsprogrammet på personnivå. Dataene rapporteres inn fra helsestasjonene. Dekningsstatistikken viser andel barn som er dekket mot sykdom, det vil si at vaksine er gitt etter anbefalingene i vaksinasjonsprogrammet.



Illustrasjonsbilde Colourbox

- Det er gledelig at den positive trenden for vaksinasjonsdekning i barnevaksinasjonsprogrammet fortsetter. Alle de tre årskullene vi publiserer for i år har fått tilbud om vaksiner i en periode med mye debatt om vaksine i media, sier Sigrun Kongsrud, fagleder for SYSVAK.

I år publiseres vaksinasjonsdekningen på nasjonalt og fylkesnivå for tre aldersgrupper: 2-, 9- og 16-åringene.

Vaksinasjonsdekningen er stabilt god for vaksinene i barnevaksinasjonsprogrammet. Vi ser også i år en fortsatt positiv utvikling for vaksine mot humant papillomavirus (HPV) der nesten 80 % av jentene nå tar vaksine, sier Kongsrud.

Kommunene har fått tilsendt sine dekningstall per brev for å ivareta personvernet.

Kommunestatistikken publiseres på Kommunehelse statistikkbank (<http://khs.fhi.no>). Her kan man finne kommunestatistikk tilbake til 2002, og vil bli oppdatert med 2015-tall i løpet av kort tid. På Kommunehelse statistikkbank fremstilles kommunens offisielle vaksinasjonsdekning på en slik måte at enkeltpersoner ikke kan gjenkjennes.

- Helsesøstrene gjør en formidabel innsats ute i kommunene, og dette gjenspeiles i den stabile og gode utviklingen vi kan se på den nasjonale vaksinasjonsdekningen. Vi vet at de har en travel hverdag med mange utfordringer og prioriteringer mellom viktige oppgaver. Vi ønsker å takke for det gode samarbeidet. Den nasjonale statistikken er resultat av godt samarbeid på alle nivåer, avslutter Kongsrud.

### Innsats for fortsatt høy dekning i barnevaksinasjonsprogrammet

Folkehelseinstituttet gjennomfører kontinuerlig kvalitetssikring av vaksinasjonsdekningen gjennom dialog med landets kommuner og helsestasjoner. I 2015 har instituttet i samarbeid med Helsedirektoratet også gjennomført en undersøkelse via fylkesmennene i forhold til den enkelte kommunes utfordringer for god vaksinasjonsdekning.

Dialogen med kommunene og helsesøstrene er spesielt viktig for at det nasjonale vaksinasjonsregisteret skal gjenspeile vaksinasjonsdekningen.

Gjennom tilbakemeldingene til Helsedirektoratet har instituttet fått bekreftet at utfordringene som påvirker vaksinasjonsdekningen er primært tekniske, og knyttet til de praktiske verktøyene som helsesøstrene er avhengige av; journalsystem, oppdatert og tilgjengelig folkeregister og god og stabil kommunikasjonen mellom journalsystem og SYSVAK.

- De tekniske utfordringene må løses i samarbeid med blant annet journalleverandører, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet for å få til gode løsninger, sier Kongsrud.

Et viktig videre arbeid for Folkehelseinstituttet blir å konkretisere tiltak i forhold til tilbakemeldingene som er kommet fra fylkesmennene.

### Vaksine mot meslinger, kusma og røde hunder (MMR)

Det er gjort en endring i beregningen av vaksinasjonsdekningen for MMR-vaksine for 16-åringene. Tidligere var man regnet som fullvaksinert med én vaksinedose MMR innenfor siste 9 år, mens man i dag krever to gyldige doser før fylte 16 år.

Statistikken for 2015 er derfor ikke direkte sammenlignbar med tidligere år når det gjelder MMR for 16-åringene (født 1999). Endringen gir en tilsynelatende nedgang på 3 prosent i vaksinasjonsdekningen for MMR sammenlignet med året før. Det er i praksis ingen endring i andel barn som har fått to doser MMR-vaksine.

### Stabilt god vaksinasjonsdekning

Tabellen under viser utdrag fra vaksinasjonsdekningen på nasjonalt nivå.

	Difteri	Meslinger	HPV-infeksjon (jenter)
2-åringene	95 %	95 %	-
9-åringene	93 %	95 %	-
16-åringene	91 %	91 %	79 %

Mer informasjon om dekningsstatistikken:

- [Barnevaksinasjonsprogrammet – dekningsstatistikk](#)
- [Kommunehelse statistikkbank](#)

Publisert: 21.04.2016, endret: 21.04.2016, 10:54

### In English:

- [How many children were vaccinated in 2015?](#)

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016 – 59. Stikkord: Vaksinasjonsdekning.

# Forskjeller i levealder høyere i Norge enn i flere andre europeiske land

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=118551>.

Norge og Litauen kommer dårligst ut i en ny europeisk undersøkelse om forskjeller i dødelighet mellom høyt og lavt utdannede, viser en fersk studie fra Folkehelseinstituttet.

– I resten av Europa er forskjellene mellom utdanningsgrupper redusert, men ikke i Norge. I Norge øker forskjellene, spesielt for kvinner, sier forsker Bjørn Heine Strand ved Folkehelseinstituttet.

Tidligere forskning har vist at de med høyere utdanning i gjennomsnitt lever lengre og har bedre helse enn de med lav utdanning. Flere studier har vist økende forskjeller. Det har derfor vært et mål i Norge og i Europa å redusere forskjellene i dødelighet mellom høyt og lavt utdannende.



## Røyking tar mange kvinneliv i Norge

Økningen i forskjeller for norske kvinner skyldes hovedsakelig røykerelaterte årsaker, slik som lungekreft og KOLS. Kvinner med høyere utdanning har sluttet å røyke i større grad enn kvinner med lavere utdanning; i dag røyker om lag hver fjerde lavt utdannende kvinne mens blant høyt utdannede kvinner er det bare 6 % røykere.

– Det er åpenbart at røyking er en spesielt viktig årsak til dødelighetsforskjellene i Norge – viktigere enn i de andre europeiske landene i studien, sier Bjørn Heine Strand, som er en av forfatterne av studien.

## Studerte europeiske trender

Hensikten med den nye europeiske undersøkelsen var å studere trender i dødelighetsforskjeller mellom høyt og lavt utdannede i Europa i periodene 1990-1994 og 2005-2009, og dernest se på hvilke dødsårsaker som bidrar til forskjellene og trendene. Harmoniserte data og metoder er benyttet på tvers av land.

– På denne måten kan vi sammenligne resultatene mellom land, noe som tidligere har vært vanskelig på grunn av forskjeller i metodikk og data, sier forsker Bjørn Heine Strand.

Dette er den største studien i sitt slag og er nylig publisert i det anerkjente forskningstidsskriftet British Medical Journal.

## Norske kvinner kommer dårlig ut

Norge er blant landene med de største dødelighetsforskjellene mellom utdanningsgruppene, spesielt gjelder dette kvinner.

I perioden 2005-09 var det blant kvinner med lav utdanning 506 flere dødsfall per 100 000 per år enn det var blant kvinner med høy utdanning. Dette er nest høyest blant de undersøkte landene. Litauen hadde størst forskjeller mellom kvinner, her var det 708 flere dødsfall per 100 000 i gruppen med lav utdanning. Disse tallene tar høyde for at noen land har større andel av befolkningen med høyere utdanning.

For menn var det i gruppen med lav utdanning 831 flere dødsfall per 100 000 per år enn blant menn med høy utdanning. Dette var tredje høyeste tallet etter Litauen og Finland.

Forskjellen i dødelighet mellom utdanningsgruppene har økt i Norge siden 1990-1994, men bare for kvinner (se figur 2).

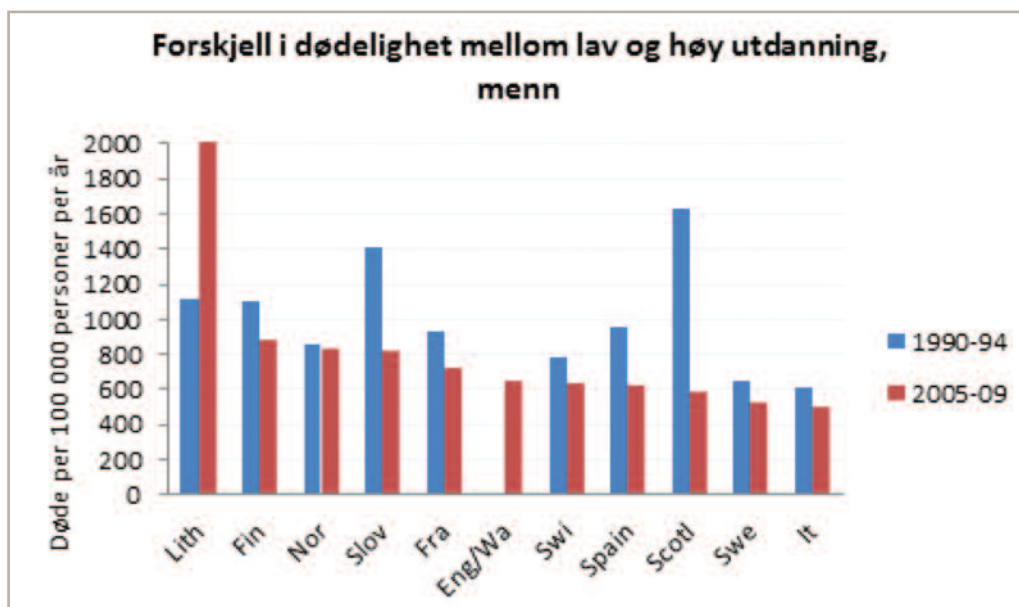
De norske resultatene stemmer godt overens med tidligere funn fra Folkehelseinstituttet.

## Generell forbedring i Europa

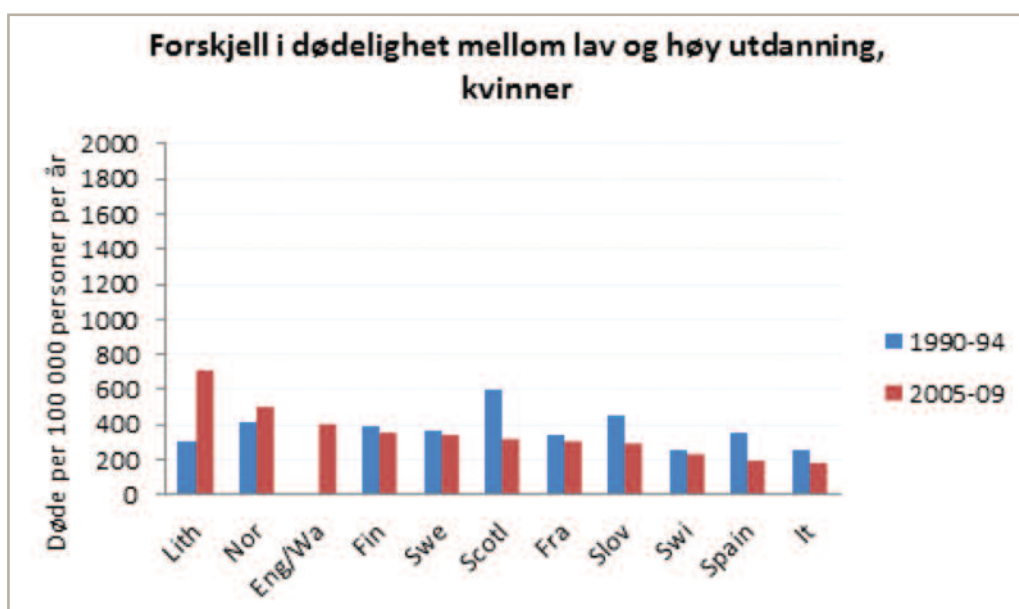
Forskjellen i dødelighet mellom utdanningsgruppene har blitt redusert siden 1990-1994 i de aller fleste europeiske land som er med i studien, bortsett fra i Norge og Litauen (se figur 1 og 2). Årsaken til utjevningen i Europa skyldes hovedsakelig et fall i dødelighet av hjerteinfarkt og angina pectoris, røykerelaterte sykdommer, samt dødsfall som følge av sykdommer som kunne vært unngått med riktig medisinsk behandling.

– Vi mener årsakene til utjevningen som vi ser i mange land i Europa, skyldes livsstilsendringer, forebygging og behandling. Endringene er i mindre grad en følge av politiske tiltak som spesielt er utformet for å utjevne helseforskjeller, kommenterer Heine Strand. Landene med sterkest utjevning av utdanningsforskjellene var Spania, Skottland, England/Wales og Italia.





Figur 1 (venstre): Forskjell i dødelighet mellom lavt og høyt utdannede menn (tabellene finnes som Table A4 i Appendix til den vitenskapelig artikkelen)



Figur 2 (venstre): Forskjell i dødelighet mellom høyt og lavt utdannede kvinner

#### Referanse

JP Mackenbach, I Kulhánová, B Artnik...m.fl. [Changes in mortality inequalities over two decades: register based study of European countries](#). BMJ 2016;353:i1732 (Published 11 April 2016)

Publisert: 15.04.2016, endret: 15.04.2016, 11:02

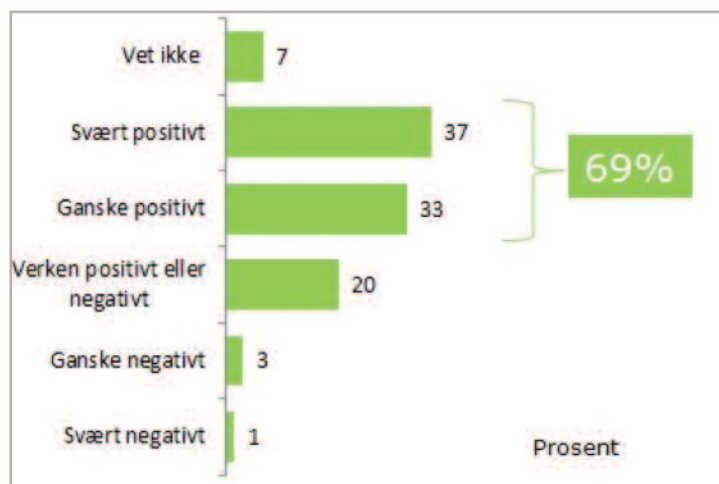
Referansekode i 'Helsrådet': HST 2016 – 20. Stikkord: Levealder.

## Syv av ti er positive til helseregistre

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=118851> .

Det er ytterst få, kun fire prosent, som er negative til at Folkehelseinstituttet registrerer ulike helseopplysninger i helseregistre. Om lag 70 prosent er positive. Dette fremgår av TNS Gallups Helsepolitiske barometer 2016 som lanseres i dag.

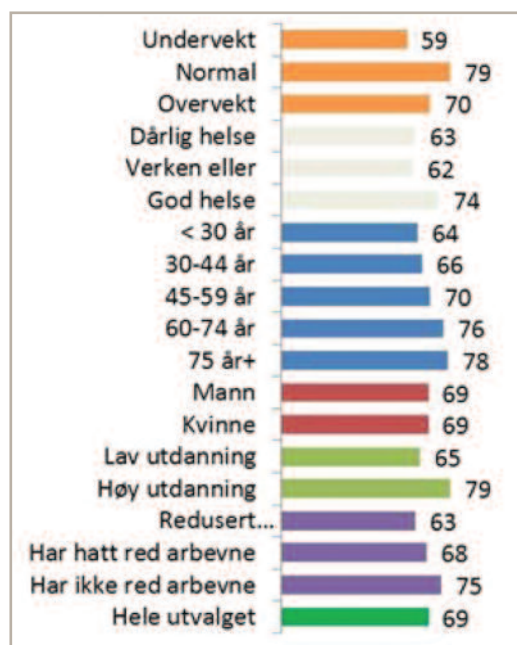
- Vi er svært glade for at en så høy andel av befolkningen stiller seg positive til helseregistrene. Vi tar dette som et uttrykk for at befolkningen stoler på at vi håndterer informasjonen på en forsvarlig måte, sier Camilla Stoltenberg, direktør ved Folkehelseinstituttet.



Figur 1. Diagrammet viser svarfordelingen på følgende spørsmål: Hva syns du om at Folkehelseinstituttet registrerer helseopplysninger om deg til slike formål? 69 prosent svarte at de var svært positive eller ganske positive. Til sammen var det bare 4 prosent som svarte at de var ganske negative eller svært negative.

### Oppslutningen om helseregistrering varierer

De spurtes holdninger til at det registreres helseopplysninger varierer med alderen og en rekke andre faktorer. Folk født på 1940-tallet eller tidligere er mer positivt innstilt, og folk med god helse, normal vekt, høy utdanning og full arbeidsevne, støtter i større grad opp om at helseopplysninger registreres (figur 2.)



Figur 2. Diagrammet viser at mens 64 prosent av de under 30 år stiller seg positive, er andelen 78 prosent blant de over 75 år.

Folkehelseinstituttet registrerer helseopplysninger fra enkeltpersoner for å få kunnskap om hele befolkningens helse.

- I helseregistrene er vi ikke opptatt av dine og mine opplysninger, men av store tall. Disse gir oss mulighet til å følge med på helsetilstanden i befolkningen over tid, fortelle oss om det er tendenser i samfunnet som tilsier at man bør vurdere helsetiltak og finne årsaker til sykdom. Vi kan også bruke registrene til å studere om helsetiltak virker, undersøke kvaliteten på behandling, samt planlegge riktige og gode helsetjenester, sier Stoltenberg.

Ved hjelp av helseregistre kan man også raskere oppdage og oppklare utbrudd av smittsomme sykdommer og identifisere unormal opphopning av sykdommer og skader.

### Om undersøkelsen:

TNS Gallups Helsepolitiske barometer er en uavhengig, syndikert undersøkelse. Formålet med undersøkelsen er å kartlegge befolkningens holdninger i helsepolitiske spørsmål. Dette er første gangen undersøkelsen har blitt gjennomført. Intervjuperioden var 15. – 24. januar 2016. Det er 1728 personer fra TNS Gallup sitt panel som besvarte undersøkelsen og utvalget er trukket representativt for befolkningen over 16 år. Resultatene i undersøkelsen er vektet på kjønn, alder, geografi og todelte utdanningsnivå.

Publisert: 26.04.2016, endret: 26.04.2016, 09:39

Referansekode i 'Helsrådet': HST 2016 – 22. Stikkord: Helseregister.

## Antibiotikaforbruket noe redusert, men langt fra nok

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=118778>.

Norske leger må skrive ut færre antibiotika-resepter de neste årene dersom målene i den nasjonale strategien mot antibiotikaresistens skal nås. Det er et av funnene i Folkehelseinstituttets rapport «Reseptregisteret 2011-2015».

[Rapporten](#) inneholder detaljert informasjon om legemiddelforskrivning fra Reseptregisteret samt nøkkeltall om legemiddelbruk hos eldre.

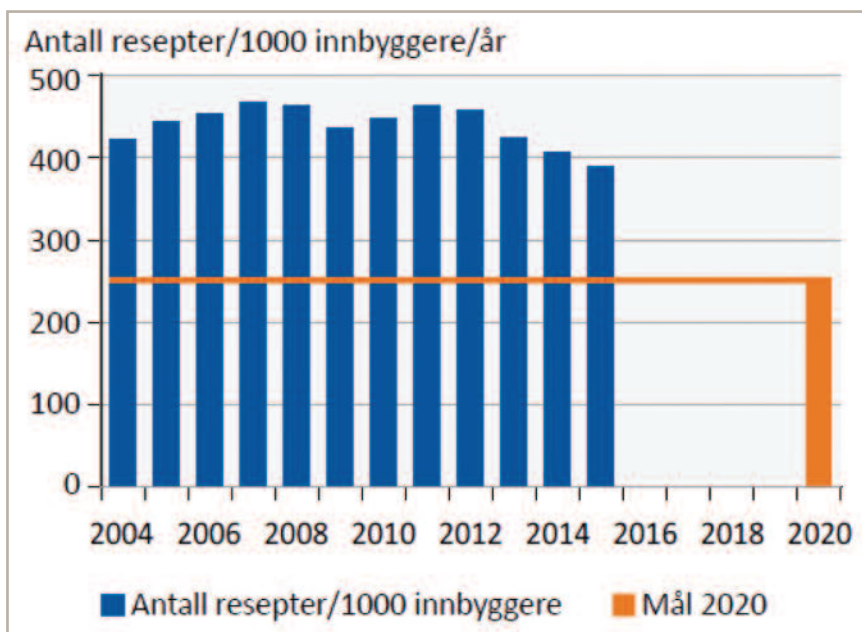


## Bruk av antibiotika

Antibiotikaresistens er et alvorlig og voksende problem over hele verden. [Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens 2015–2020](#) og [Handlingsplanen mot antibiotikaresistens i helse-tjenesten](#) har fastsatt konkrete mål for reduksjon av antibiotikabruk i Norge.

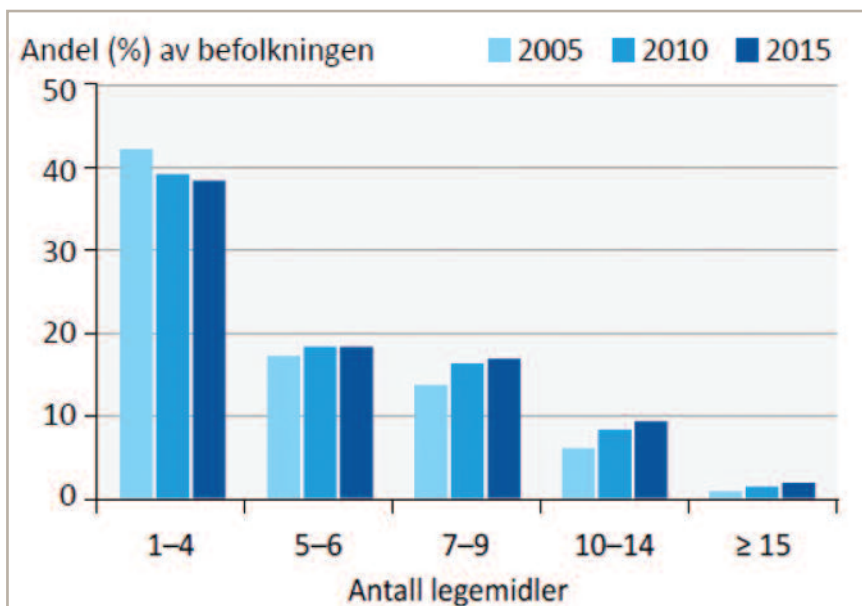
Et av målene er at antibiotikaforskrivningen skal reduseres fra 450 resepter per 1000 innbyggere per år i 2012 til 250 resepter per 1000 innbyggere per år innen 2020. Antall resepter/1000 innbyggere/år er redusert til 390 i 2015, se figur 1. Det må en større årlig reduksjon til for å nå de nasjonale målene. Dette vil kreve en økt og målrettet nasjonal innsats.

Figur 1: Antall antibiotikaresepter per 1000 innbyggere per år i perioden 2004 - 2015, samt antibiotikastrategiens mål for 2020.



ninger og interaksjoner. Andelen hjemmeboende eldre som i løpet av et år fikk forskrevet mer enn fem legemidler økte i perioden 2005–2015, se figur 2. I 2015 fikk nær 10 prosent av aldersgruppen  $\geq 70$  år mellom 10 og 14 forskjellige legemidler.

Figur 2: Antall ulike legemidler (ATC 5. nivå/substansnivå) utlevert fra apotek til eldre ( $\geq 70$  år) i 2005, 2010 og 2015. Individene har fått utlevert legemidlet minst to ganger i løpet av året.



(2011 - 2015). For 2015 er også informasjon om alders- og kjønnsfordeling og kostnader inkludert. Rapporten inneholder også tabeller over brukere av legemidler på blå resept samt en tabell over de mest brukte legemidlene totalt i 2015. I tillegg finnes en generell del med informasjon om Reseptregisteret og legemiddelstatistikk. Årets utgave inkluderer også utvalgte nøkkeltall og en kort omtale om legemiddelbruk blant eldre samt antibiotikaforbruket i Norge.



Rapporten viser at det har vært en reduksjon i antibiotikaforbruket i Norge de siste årene. I 2015 fikk 22 prosent (1,2 millioner) av befolkningen utlevert et antibiotikum (ATC-gruppe J01) på resept minst én gang mot 26 prosent (1,3 millioner) i 2012. Det er stor variasjon i bruken av antibiotika mellom kommunene.

### Eldre bruker mange legemidler

Legemiddelbehandling av eldre kan være utfordrende. Bruk av mange legemidler samtidig øker faren for feilbruk, bivirk-

Tall fra rapporten viser også at legemidler til behandling av hjerte- og karsykdommer, infeksjoner, smerter og søvnproblemer dominerte bruken blant eldre ( $\geq 70$  år) i 2015.

Data om legemiddelbruk for pasienter i sykehus og sykehjem er ikke tilgjengelig på individnivå i Reseptregisteret. Det er ikke mulig å gi et komplett bilde av legemiddelbruken blant eldre før individdata for pasienter på institusjoner er inkludert.

### Om årets rapport

Rapporten fra Reseptregisteret inneholder en omfattende tabell med opplysninger om antall personer som har fått utlevert legemidler etter resept fra apotekene i Norge i siste femårsperiode

Reseptregisteret benyttes mye til forskningsformål. Rapporten har en oversikt over publiserte vitenskapelige artikler i perioden 2004-april 2016 som har benyttet data fra Reseptregisteret.

[Rapporten fra Reseptregisteret](#) kan brukes sammen med Reseptregisterets nettsider [www.reseptregisteret.no](http://www.reseptregisteret.no) (oppdatert 12. april 2016 med tall for 2015) som inneholder flere opplysninger om brukere av legemidler på resept.

### To kilder for legemiddelstatistikk

Salg fra grossist: Salg av legemidler fra grossist til apotek, sykehus og dagligvarehandel.

- Rapport: [Legemiddelforbruket i Norge 2011-2015](#)
- [Om Grossistbasert legemiddelstatistikk](#)

Reseptregisteret: Omfatter data om alle resepter ekspedert ved apotekene i Norge og gir detaljert informasjon om legemiddelbruk.

- [Reseptregisteret](#) - statistikkbank med mulighet for å lage egne tabeller
- [Norwegian Prescription Database](#) - engelsk versjon av søkeside for Reseptregisteret
- [Reseptregisteret 2011-2015](#) – kan lastes ned som pdf

Publisert: 26.04.2016, endret: 26.04.2016, 12:46

Referansekode i 'Helserådet': SYK 2016 – 4. Stikkord: Antibiotikaforbruk.

### Fosterdiagnostikk

## Enkel blodprøve fra mor kan finne kromosomavvik

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=118523>.

En blodprøve for å teste kromosomavvik hos fosteret er mer treffsikker enn dagens tester, viser en ny metodevurdering fra Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet. Blodprøven kan redusere mer inngripende prøver av morkake og fostervann.

Hos gravide kvinner finnes en liten del av et fosterets celledreie DNA i den gravides blod. Denne andelen kan analyseres ved en metode som heter non-invasive prenatal testing (NIPT) av den gravides blod.

Hittil har den mest vanlige testen vært en såkalt KUB-test, som består av en kombinert blodprøve og tidlig ultralyd.

I denne [metodevurderingen](#) har forskerne besvart spørsmål om NIPTs diagnostiske treffsikkerhet for påvisning av såkalte trisomier hos fosteret under mors graviditet, samt kliniske, helseøkonomiske og etiske konsekvenser knyttet til eventuell innføring av NIPT i et nasjonalt program i svangerskapsomsorgen.

Trisomi betyr at fosteret har ett ekstra kromosom i tillegg til det normale kromosomparet. Mest kjent er trisomi 21, som også kalles [Downs syndrom](#).

### Bedre treffsikkerhet

– Basert på forskningen ser det ut til at det er en vesentlig bedre diagnostisk treffsikkerhet ved NIPT sammenlignet med dagens KUB-test. Dette vil medføre at færre trenger å ta fostervannsprøve eller morkakeprøve, sier seniorforsker Lene Kristine Juvet ved Kunnskapssenteret.

Fostervannsprøve og morkakeprøve kalles også invasive tester, og prøvetaking er forbundet med økt risiko for spontanabort på om lag 0.5 prosent.

### Varierende kostnader

I den helseøkonomiske analysen så forskerne på kostnader for forskjellige scenarier.

– Vi så på NIPT lagt inn i dagens screeningsprogram for høyrisikogravide, enten som primær test i stedet for KUB, eller som sekundær test i etterkant av KUB, og sammenlignet med dagens praksis med KUB, sier helseøkonom Anna Stoinska-Schneider ved Kunnskapssenteret.

Analysen viser at et scenario der NIPT utføres etter KUB vil gi færre invasive tester og kun være noe mer kostbar enn dagens praksis. Alternativet med NIPT i stedet for KUB vil være vesentlig mer kostbart.



Illustrasjonsfoto: Colourbox.com

## Etiske utfordringer

Forskerne har forsøkt å vise at etiske utfordringer ved NIPT i stor grad beror på hvordan man velger å organisere fosterdiagnostikken og svangerskapsomsorgen i Norge.

- Det kan være vanskelig å innføre NIPT uten at man samtidig setter tydeligere ord på hva formålet med fosterdiagnostikken er, eller bør være, sier Professor i medisinsk etikk Berge Solberg ved NTNU.

- Eventuell innføring av NIPT i stedet for KUB vil sannsynligvis tvinge frem en ny vurdering av hvordan vi som samfunn og helse-tjeneste ønsker å organisere det fosterdiagnostiske tilbudet i Norge, sier Solberg.

## Bakgrunn

Blant de tre hyppigste typer trisomier barn kan fødes med er trisomi 21 (Downs syndrom), trisomi 18 og trisomi 13. Downs syndrom er det vanligste og forekommer hos ett av 700-800 fødte barn i Norge. Det er velkjent at sannsynligheten for å få et barn med Downs syndrom øker med økende alder hos kvinnen.

Hos gravide kvinner finnes en liten del av et fosterets cellefrie DNA i den gravides blod, og denne andelen kan analyseres ved en metode som heter non-invasive prenatal testing (NIPT) av den gravides blod. Under graviditet er det to typer tester som kan gjøres for å lete etter trisomi - en screening test og en diagnostisk test. En screening test ser på risikoen i dette svangerskapet for at barnet blir født med trisomi. En screening test antyder ett svar men gir ikke et helt klart "ja" eller "nei" svar. Hvis screening test viser en høyere risiko for at barnet har trisomi, vil en få tilbud om en diagnostisk test for å se om barnet faktisk har trisomi eller ikke.

Dagens praksis i Norge er at alle gravide over 38 år får tilbud om screening med kombinasjon av tidlig ultralyd og blodprøve (kalt KUB). Der hvor testen viser mulig trisomi vil den gravide få tilbud om invasiv diagnostisk test (fostervannsprøve eller morkakeprøve) for verifisering. Invasive tester medfører en liten risiko for spontanabort.

## Kontaktpersoner

For spørsmål om metode, resultater og selve rapporten for øvrig kan seniorforsker Lene Juvet ved Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet svare: e-post: [LeneKristine.Juvet@fhi.no](mailto:LeneKristine.Juvet@fhi.no), tlf 464 00 479.

For spørsmål om den videre prosessen vedrørende en eventuelle innføring av NIPT: Kommunikasjonsrådgiver i Helsedirektoratet Finn Oluf Nyquist, tlf: 924 10 255.

Publisert: 19.04.2016, endret: 19.04.2016, 10:13

### Fosterdiagnostikk

#### Trisomi:

Form for kromosomavvik, en ekstra kopi av et kromosom. De vanligste trisomiene er trisomi 13, 18 og 21, hvor trisomi 21 er Downs syndrom.

#### NIPT:

Non-invasive prenatal testing; Det finnes en liten del av et fosterets cellefrie DNA i den gravides blod. Analyse av blodprøve fra den gravide kan for eksempel vise om fosteret har økt risiko for trisomi.

#### KUB:

Dagens tilbud til gravide med økt risiko for å ha et foster med trisomi, i hovedsak gravide som er 38 år eller eldre ved termin. KUB er en screeningtest/risikovurdering basert på kombinasjon av tidlig ultralyd og blodprøve.

## Se også:

- [2016 - Ikke invasiv prenatal testing \(NIPT\) for påvisning av trisomi 21, 18 og 13](#)

Referansekode i 'Helserådet': HEL 2016 – 1. Stikkord: Fosterdiagnostikk.

# Reseptregisteret oppdatert med 2015-tall

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=114502> .

Reseptregisteret.no er oppdatert med 2015-tall og inneholder nå tall for perioden 2004-2015. På nettstedet kan du lage rapporter som viser antall brukere av legemidler.

Dette kan gjøres ved søk på forhåndsdefinerte legemiddelgrupper, via ATC-systemet (klassifiseringssystemet for legemidler) eller ved søk på et virkestoff eller et produktnavn.

Data som kan hentes ut fra [Reseptregisteret.no](http://www.fhi.no/artikler/?id=114502) :

- Antall brukere, eventuelt fordelt på kjønn, 5-års aldersgrupper, fylke eller helseregion
- Antall brukere per 1000 innbyggere (ettårsprevalens per 1000)
- Omsetning i kroner (apotekenes utsalgspris)
- Omsetning i doser (DDD – definerte døgndoser)
- Befolkningsgrunnlag i statistikken (fra SSB), eventuelt fordelt på kjønn, 5-års aldersgrupper, fylke eller helseregion

Publisert: 12.04.2016, endret: 12.04.2016, 10:43

Se også:

- [Reseptregisteret](http://www.fhi.no/artikler/?id=114502)

Referansekode i 'Helsrådet': HTJ 2016 – 13. Stikkord: Reseptregisteret.



Illustrasjonsfoto: Colourbox.com

## Svak økning i legemiddelforbruket i 2015

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=118708> .

Legemiddelsalget økte med vel 2 prosent fra 2014 til 2015, målt i definerte døgndoser. Omsetningsveksten var 8,6 prosent. Det viser Folkehelseinstituttets rapport "Legemiddelforbruket i Norge 2011-2015".

[Rapporten](#) gir en detaljert oversikt over alt salg av reseptpliktige og reseptfrie legemidler fra grossister til apotek, sykehus/sykehjem og dagligvarehandelen hvert år i perioden 2011-2015.

### Totalomsetningen av legemidler i 2015

- Grossistene solgte legemidler for 16,1 milliarder kroner i 2015, hvorav salg av veterinære legemidler utgjorde vel 1 milliard. Omregnet til veiledende utsalgspriser i apotek og dagligvarehandel gir dette en omsetning på rundt 24 milliarder kroner.
- Omsetningen økte med 8,6 prosent fra 2014 til 2015.
- Målt i definerte døgndoser (DDD, se faktekst nederst i artikkelen) økte legemiddelsalget med 2,1 prosent.

Omsetningsveksten skyldes i hovedsak økt bruk av nyere og dyrere legemidler til behandling av kreft, multippel sklerose (MS) og andre immunologiske sykdommer, samt hepatitt C-infeksjoner.

Befolkningsvekst og en stadig eldre befolkning bidrar til at salget målt i definerte døgndoser har økt svakt over tid.

### Gruppen hjerte- og karmidler er størst

Dødeligheten av hjerte- og karsykdommer [har gått kraftig ned over tid](#). Mange faktorer har bidratt til det, også bedre legemiddelbehandling. God behandling av høyt blodtrykk og høyt kolesterol er viktig for å redusere risikoen for hjerte- og karsykdom.

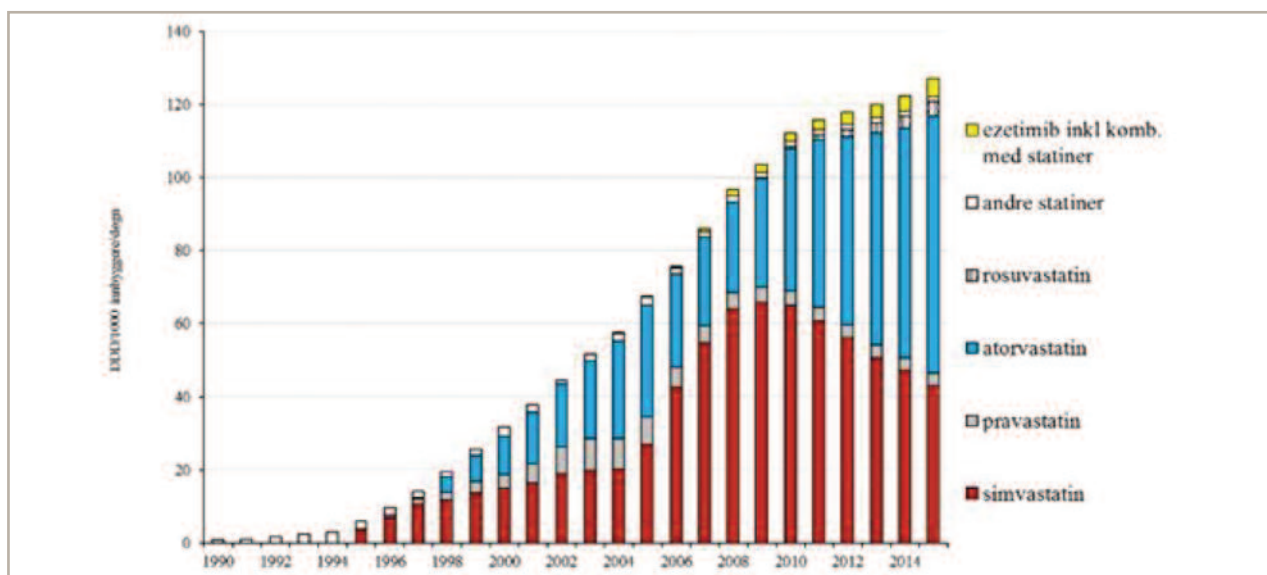
Legemidler som brukes til behandling og forebygging av hjerte- og karsykdom (ATC-gruppe C), er den største legemiddelgruppen målt i doser. Den utgjorde rundt 30 prosent av totalt antall doser i 2015. Målt i doser økte salget i denne gruppen med 1,6 prosent.

Salg av kolesterolsenkende legemidler målt i definerte døgndoser økte med 5 prosent fra 2014 til 2015, det er en noe større økning enn året før. Figur 1 viser utviklingen i bruk av kolesterolsenkende legemidler siden 1990.





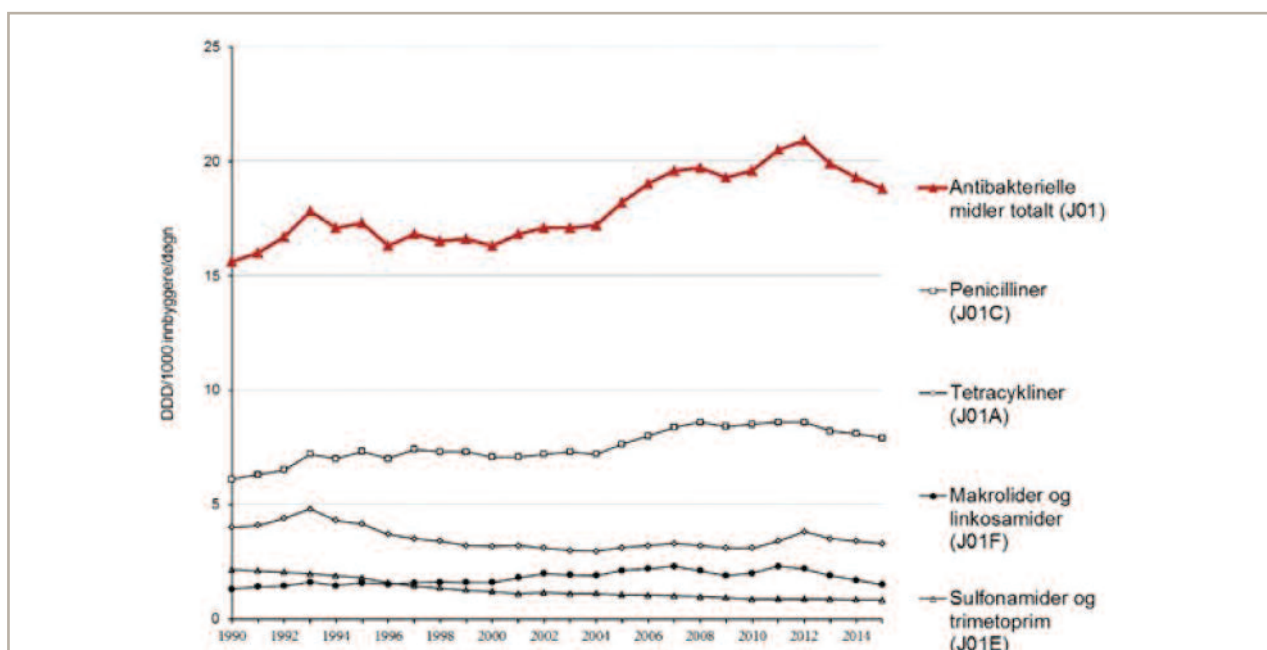
Figur 1 Salg av kolesterolsenkende legemidler (ATC-gruppe C10) i Norge i perioden 1990-2015, angitt i DDD/1000 innbyggere/døgn



### Salg av antibiotika gikk ned i 2015

[Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens 2015-2020](#) har utarbeidet mål for å begrense antibiotikabruken. Salget av antibiotika i 2015 målt i doser, viser fortsatt svak nedgang (figur 2). Dette er i tråd med målene i [handlingsplanen](#).

Figur 2 Salg av antibiotika (ATC-gruppe J01) i Norge i perioden 1990-2015 angitt i DDD/1000 innbyggere/døgn



Kilde: Grossistbasert legemiddelstatistikk, Folkehelseinstituttet

### Stabilt salg av reseptfrie legemidler

Salg av reseptfrie legemidler i 2015 utgjorde 13 prosent av totalt antall solgte doser og 11 prosent av kostnadene. Disse andelene har holdt seg konstante over tid.

[Salg av legemidler i dagligvarehandelen øker fortsatt svakt.](#)

Rapporten [Legemiddelforbruket i Norge 2011-2015](#) kan lastes ned som pdf-fil fra fhi.no. Rapporten inneholder flere figurer som viser endringer i bruken av sentrale legemiddelgrupper de siste 25 årene, som for eksempel smertestillende og psykofarmaka.

### Fakta om målemetoden definert døgndose (DDD)

Definert døgndose (DDD) er en måleenhet som brukes for å studere endringer i legemiddelbruken over tid, og sammenligne bruken både lokalt, nasjonalt og internasjonalt. For eksempel vil et salg tilsvarende 10 DDD/1000 innbyggere/døgn bety at ti av 1000 personer (dvs. én prosent av befolkningen) daglig kan bruke dette legemidlet.

Siden dosene som brukes og behandlingstiden kan variere fra person til person, vil andelen brukere som oftest ikke være lik det estimerte «DDD-tallet». Antall DDD/1000 innbyggere/døgn er et måltall og uttrykker hvor stor andel av befolkningen som kan ha fått en gitt behandling.

Reseptregisteret gir opplysninger om antall personer og andeler av befolkningen som har fått forskrevet legemidler på resept. Data for 2004-2015 finnes på nettsiden [www.reseptregisteret.no](http://www.reseptregisteret.no).

Publisert: 18.04.2016, endret: 20.04.2016, 13:44

Se også:

- [Legemiddelstatistikk 2016:1 - Legemiddelforbruket i Norge 2011-2015](#)

In English:

- [Slight increase in drug consumption in 2015](#)

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2016 – 15. Stikkord: Legemiddelforbruk.

## Magefett øker risiko for hjerteinfarkt

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=118637>.

En stor midje-hofte-ratio er en viktigere risikofaktor for hjerteinfarkt enn vekt, og særlig for kvinner under 60 år. Dette viser en ny studie fra Folkehelseinstituttet og Universitetet i Bergen.

I denne studien har forskerne fulgt 140 790 friske deltakere i helseundersøkelsene CONOR i Norge i perioden 1994-2003, og fått informasjon om hvor mange hadde fått akutt hjerteinfarkt i 2009.

Resultatene viser at personer med en høy midje-hofte-ratio (overflødig magefett, eller en epleformet kropp) har en høyere risiko for fremtidig hjerteinfarkt selv etter justering for konvensjonelle risikofaktorer som røyking, diabetes, blodtrykk, kolesterol og kroppsmasseindeks ([KMI](#)).

Gjeldende retningslinjer for fedme bruker kroppsmasseindeks og livvidde som et mål på fedme. Denne nye studien, som er i tråd med tidligere studier, foreslår midje-hofte-ratio som en svært verdifull målemetode for fedme.

– Selv om kroppsmasseindeks (vekt / høyde x 2) er nyttig, er det ikke en perfekt indikator på fedme siden indeksen kan bli påvirket av muskelmasse og beinlengde. Den forteller hos heller ikke hvordan vekten er fordelt, sier studiens hovedforfatter, professor Grace Egeland ved Folkehelseinstituttet.

Hofte målinger viser bekkenstørrelse og muskler og fett rundt hoftene (setemuskelen og fett) mens livvidde sier noe om potensialet for fettoppbygging rundt organene, som er en helserisiko. Når forskerne kombinerer både midjestørrelse og hoftestørrelse får de en bedre indikasjon om risikoen for fremtidig hjertesykdommer.



### Fakta om midje-hofte-ratio

- Midje-hofte-ratio er omkretsen av midjen (i cm) dividert med omkretsen av hoftene (cm).
- Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO), er en sunn midje-hofte-ratio under 0,90 for menn og under 0,85 for kvinner.

### Sterkere effekt blant yngre kvinner

26 prosent av hjerteinfarktene hos unge til middelaldrende kvinner (under 60 år), og ni prosent hos unge til middelaldrende menn, ble forbundet med en høy midje-hofte-ratio. Forskerne hadde kontrollert for effekten av kroppsmasseindeks og de konvensjonelle kardiovaskulære risikofaktorene (røyking, diabetes, blodtrykk, kolesterol).

Midje-hofte-forskjellen ble ikke så sterkt knyttet til risikoen for hjerteinfarkt blant deltakere som var 60 år eller eldre. Dette er fordi alder er forbundet med endringer i kroppssammensetning som reduserer nytten av fedmemålinger.

Forskerne fant også ut at selv med en slank midje (<102 cm for menn og <88 cm for kvinner), var høy midje-hofte-ratio en risikofaktor for hjerteinfarkt.

– Disse funnene er viktige fordi de antyder at midje-hofte-ratio kan brukes til å identifisere personer med risiko, særlig kvinner som ikke ville blitt identifisert via andre metoder, sier Egeland.



## Risikofaktorer

Høyt alkoholinntak og mangel på fysisk aktivitet kan øke midje-hofte-ratioen. Dessuten kan en høy midje-hofte-ratio være en indikator på underliggende insulinresistens og hormonforstyrrelser, for eksempel høyt kortisol i forbindelse med stress og dårlig søvn.

## Referanse

G.M. Egeland, J. Iglund, S.E. Vollset, G. Sulo, G.E. Eide and G.S. Tell (2016). [High Population Attributable Fractions of Acute Myocardial Infarction Associated with Waist – Hip Ratio](#). Obesity, published online March 31, 2016.

Publisert: 13.04.2016, endret: 14.04.2016, 10:50

Referansekode i 'Helserådet': SYK 2016 – 3. Stikkord: Magefett. Hjerterinfarkt.

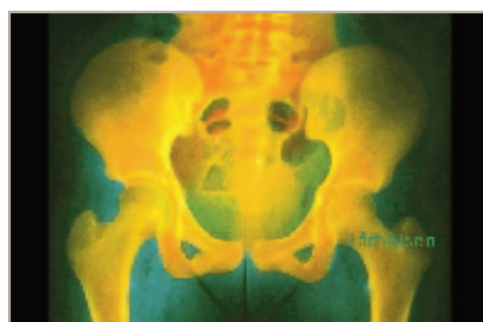
# Nedgang i forekomsten av hoftebrudd

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=118534>.

I løpet av 15 år har forekomsten av hoftebrudd blant norske kvinner sunket med 20,4 prosent. Blant menn er nedgangen på 10,8 prosent, viser en ny studie fra Folkehelseinstituttet.

Forskerne kan ikke fastslå med sikkerhet hva som er årsaken til denne nedgangen i aldersgruppa over 50 år.

– Men vi har noen antakelser, der vi viser til trender i Norge i denne perioden. Langt færre røyker, og røyking er en risikofaktor for osteoporose. I tillegg har vi blitt mindre stillesittende i perioden, det kan ha hatt positiv effekt. Dessuten har folk gått opp i vekt, noe som kan virke gunstig på hoftebrudd, sier Anne Johanne Søgaard ved Folkehelseinstituttet.



*Selv om antall brudd per 10 000 innbyggere har gått ned, har det ikke blitt færre hoftebrudd årlig totalt*

## Positiv trend

Hun er førsteforfatter på studien som nylig ble publisert i tidsskriftet Osteoporosis International. En studie fra samme forskningsgruppe ble publisert i 2012 og viste at forekomsten av hoftebrudd hadde gått ned fra 1999 til 2008. Denne nye studien viser at nedgangen fortsetter fram til 2013.

– Nå ser vi også en klarere nedgang hos menn enn vi gjorde fram til 2008, sier Søgaard.

Selv om antall brudd per 10 000 innbyggere har gått ned, har det ikke blitt færre hoftebrudd årlig totalt sett.

– Det årlige antallet er omtrent det samme, noen flere blant menn og noen færre blant kvinner. Det blir stadig flere eldre, og det er derfor svært sannsynlig at antallet hoftebrudd vil øke i årene som kommer, sier Søgaard.

Fra 1999 til 2013 var det 140 136 hoftebrudd hos personer over 50 år, det vil si vel 9000 per år.

## Norge fortsatt på verdenstoppen

Hun påpeker at et hoftebrudd får store følger samfunnsøkonomisk og er en stor personlig belastning.

– Norge ligger fortsatt på topp i verden når det gjelder insidens av hoftebrudd, så dette er et stort problem, sier Søgaard.

## Referanse

Sogaard, A. J., Holvik, K., Meyer, H. E., Tell, G. S., Gjesdal, C. G., Emaus, N., Grimnes, G., Schei, B., Forsmo, S. and Omsland, T. K. (2016), [Continued decline in hip fracture incidence in Norway: a NOREPOS study](#), Osteoporosis International, doi: 10.1007/s00198-016-3516-8

Publisert: 12.04.2016, endret: 12.04.2016, 11:26

Referansekode i 'Helserådet': SKA 2016-10. Stikkord: Hofteleddsbrudd. Fractura colli femoris.

# Utbrudd blant personer som tar stoff med sprøyter i Trondheim

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=118791>.

Folkehelseinstituttet er varslet om tre tilfeller av blodforgiftning forårsaket av bakterien *Bacillus cereus* hos personer som tar stoff med sprøyter i Trondheimsområdet. Det er viktig å ha økt oppmerksomhet på symptomer på blodforgiftning hos sprøytebrukere og på mulig forurenset narkotika som kan være i omløp.

To av de syke har de siste ukene vært innlagt St. Olavs hospital. I tillegg har det i etterkant blitt rapportert et tilfelle som var innlagt i desember 2015. De syke har hovedsakelig injisert amfetamin.



## Narkotika kan være forurenset

- Personer som tar stoff med sprøyter og helsepersonell som er i kontakt med denne gruppen må være oppmerksomme på muligheten for at narkotika som sirkulerer i Trondheimsområdet kan være forurenset med sporer fra *Bacillus cereus*-bakterien, sier overlege Hans Blystad ved Folkehelseinstituttet.

Det kan heller ikke utelukkes at forurenset narkotika sirkulerer i andre deler av landet. Det er nødvendig å ha oppmerksomhet på symptomer på blodforgiftning hos sprøytebrukere. I tillegg er det viktig med god hygiene ved injisering og alltid bruke rene sprøyter.

## Symptomer, prøvetaking og helsehjelp

Tidlige symptomer på blodforgiftning kan være influensaliknende plager med muskelverk og sykdomsfølelse. Senere symptomer kan være feber, frostanfall, rask puls, rask pust og generell dårlig allmenntilstand. De som selv injiserer stoff, eller er i kontakt med mennesker som tilhører denne gruppen, bør ta kontakt med helsetjenesten (legevakt, lege, rusomsorgen i egen kommune) ved symptomer. Sprøytebrukere som utvikler kliniske tegn på sykdom, skal henvises til sykehus for vurdering og prøvetaking.

Tiden fra smitte til sykdom (inkubasjonstiden) er kort, antagelig noen få dager.

## Tiltak

Smittevernoverlegen i Trondheim har informert legevakt, fastleger og relevante institusjoner som er i kontakt med misbrukere om å informere disse om faren for smitte ved injeksjon, samt om å være oppmerksom på symptomer hos brukere. Det er distribuert skriftlig informasjon til brukere.

Det europeiske varslingsystemet for smittevern hendelser er også informert.

## Om *Bacillus cereus*-infeksjon

*Bacillus cereus* er en sporeformende bakterie som vanligvis gir matforgiftning, men kan også i sjeldne tilfelle gi alvorlig sykdom hos immunsvekkede og personer som tar stoff med sprøyter. Symptomene forårsakes av toksiner (giftstoffer) som produseres av bakterien. Bakterien er allstedsnærværende i jordsmonn og i miljøet og kan være tilstede i åpne sår og narkotika. Også brukerstyr kan være forurenset med bakterier. Sykdommen har vanligvis et forholdsvis mildt forløp og kan behandles med antibiotika.

## Tidligere utbrudd av bakterieinfeksjoner blant misbrukere

Det er i tidligere rapportert flere utbrudd blant personer som tar stoff med sprøyter med infeksjoner som skyldes sporeformende bakterier i Norge. Siste utbrudd var vinteren 2014-15 da 10 personer ble syke med sårbotulisme. Dette er første gang at bakterien *Bacillus cereus* har forårsaket utbrudd blant sprøytebrukere i Norge. Også utenfor Norge er utbrudd forårsaket av denne bakterien sjeldne.

Publisert: 22.04.2016, endret: 23.04.2016, 12:26

## Se også:

- [Smittevernveilederen - \*Bacillus cereus\*-infeksjoner - veileder for helsepersonell](#)
- [Blodforgiftning blant sprøytenarkomane \(Trondheim kommune\)](#)

Referansekode i 'Helserådet': RUS 2016 – 10. Stikkord: Utbrudd. *Bacillus cereus*. Trondheim.

# Palestinas lov om folkehelseinstitutt vedtatt

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=118540>.

Den palestinske regjeringen vedtok 5. april 2016 et lovforslag om etablering av et nasjonalt folkehelseinstitutt. Dette er en betydelig milepæl i et langvarig og fruktbart samarbeid mellom Folkehelseinstituttet og Palestina.

Folkehelseinstituttet (FHI) har i mange år samarbeidet med myndigheter og fagmiljøer i Palestina om styrking av folkehelsearbeidet der. Etter tre år med utredninger og forberedelser ble det i november 2011 underskrevet en intensjonsavtale mellom den palestinske selvstyremyndigheten, Verdens helseorganisasjon (WHO) og Folkehelseinstituttet. Arbeidet fikk økonomisk støtte fra Det norske utenriksdepartementet.



## Todelt arbeid

Siden mars 2012 har FHI vært representert i Palestina og bidratt med å etablere instituttet. FHI har hele tiden også vært representert i referansegruppen for prosjektet, og direktøren – først Geir Stene-Larsen og siden Camilla Stoltenberg – har ledet FHIs delegasjon. Arbeidet har vært todelt med oppbygging av faglig folkehelsekompetanse på den ene siden, og bygging av de formelle og juridiske strukturene på den andre siden.

## Uavhengig nasjonalt institutt

Etter tre formelle drøftinger vedtok regjeringsskollegiet under ledelse av statsminister dr. Rami Hamdallah loven som gir det juridiske grunnlaget for opprettelsen av «The Palestinian National Institute of Public Health» (PNIPH). Nå starter et nytt kapittel i arbeidet – overgangsfasen. I løpet av de tre neste årene skal PNIPH gå fra å være et prosjekt under ledelse av WHO til å bli et uavhengig nasjonalt institutt ledet fra den palestinske statsministerens kontor.

Samtidig med den formelle instituttbyggingen, fortsetter det faglige samarbeidet mellom FHI og PNIPH. Det pågår allerede i dag et betydelig forskningssamarbeid innen blant annet mor-og-barn-helse, og et faglig samarbeid innen helseberedskap og helseregisterarbeid.



*Signering av intensjonsavtalen i Oslo November 2011. F.v: Geir Stene-Larsen, FHI-direktør; Jonas Gahr Støre, utenriksminister; Salam Fayaad, Palestinas statsminister, og Tony Laurance, leder av WHO-kontoret i de okkuperte Palestinske territoriene. Foto: FHI.*



*Møte med Palestinas statsminister i 2013: F.h: Rami Hamdallah, Palestinas statsminister, Stein Torgersbråten, det norske utenriksdepartementet, Mahmoud Daher, WHO-kontoret i de okkuperte Palestinske territoriene, Rand Salman, Palestinas folkehelseinstitutt, og Bjørn Iversen, FHI. Foto: Palestinian Authority.*

## Les mer:

- [Hjemmesiden til Palestinas nasjonale folkehelseinstitutt](#)
- [Folkehelseinstituttets arbeid i Palestina](#)

Publisert: 12.04.2016, endret: 12.04.2016, 14:13

## In English:

- [Law passed to establish Palestinian public health institute](#)

Referansekode i 'Helserådet': OLE 2016-8. Stikkord: Palestina. Folkehelseinstitutt.

# Fedme og høyt blodsukker hos gravide øker helserisiko for mor og barn

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=118749>.

For første gang har forskere brukt en genetisk forskningsmetode til å studere årsakssammenheng mellom fedme og høyt blodsukker hos mor og økt fødselsvekt hos barnet. Dette kommer fram i en ny studie med data fra Den norske mor og barn-undersøkelsen.

– Disse funnene kan bidra til bedre veiledning og oppfølging før og under graviditet. Vi har lenge observert at overvektige kvinner føder større barn, men til nå har det vært uklart hvilke faktorer hos mor som påvirker barnets vektutvikling, sier forsker ved Folkehelseinstituttet Ronny Myhre, som er en av medforfatterne av studien.



Data fra mer enn 30 000 kvinner i 18 internasjonale helseundersøkelser, blant annet Den norske mor og barn-undersøkelsen ved Folkehelseinstituttet, er med i studien. Forskningsresultatene er nylig publisert i det anerkjente forskningstidsskriftet The Journal of the American Medical Association (JAMA).

## Studerer årsakssammenheng

Genene til alle mødrene i studien er kartlagt ved såkalt gentyping. Forskerne har brukt en genetisk forskningsmetode som kalles Mendelsk randomisering. Forskerne har benyttet tidligere kartlagte genvariasjoner, såkalte SNP-er (enkelt nukleotidpolymorfisme), som er kjent for å ha en sammenheng med [kroppsmasseindeks](#) (KMI), blodsukkernivå, kolesterol og blodtrykk hos mor og sammenlignet med barnets vekt.

Forskerne fant at de viktigste risikofaktorene for økt fødselsvekt hos barnet er genvariasjoner som har sammenheng med overvekt og fedme og høyt blodsukkernivå hos mor.

## For høy fødselsvekt gir helserisiko

Forskerne fant ikke at høyt kolesterol (fettstoffer) i mors blod førte til økt fødselsvekt hos barnet. Forskerne påviste derimot at høyt blodtrykk hos mor førte til redusert fødselsvekt hos barnet.

Myhre understreker at både for høy og lav fødselsvekt hos barnet er en risikofaktor både under fødselen og senere i livet.

– Barn med for høy eller for lav fødselsvekt er mer utsatt for ulike sykdomstilstander senere i livet. Det er viktig å følge opp disse barna i videre studier, sier Myhre.

## Bedre veiledning og oppfølging av mor og barn

– Ny kunnskap om hvilke faktorer vi skal passe spesielt godt på, gjør at helsepersonell kan gi bedre råd og veiledning til kvinner i fertil alder og til gravide, sier Myhre.

Han peker på at det er de generelle kostholds- og helse rådene som er viktige for denne gruppen: Det betyr blant annet å være fysisk aktiv i hverdagen, å erstatte sukkerriktig mat med grove og grønne produkter og å drikke mer vann i stedet for brus.

## Bakgrunn og referanse

«The Early Growth Genetics Consortium», der 18 internasjonale helseundersøkelser inngår, står bak forskningssamarbeidet med forskere fra Storbritannia, Nederland, Danmark, Norge, Finland, Sverige, Tyskland, USA, Australia og Kanada. 30 487 kvinner av europeisk herkomst deltok i studien med ett barn hver. Kvinnene kom fra Europa, Nord-Amerika og Australia. Barna var født i perioden 1929 –2013.

Lenke til studien: [Genetic Evidence for Causal Relationships Between Maternal Obesity-Related Traits and Birth Weight, Journal of the American Medical Association; JAMA. 2016;315 \(11\): 1129–1140.](#)

Det er også mulig å søke opp artikkelen i fulltekst via [Helsebiblioteket.no](#).

Publisert: 25.04.2016, endret: 25.04.2016, 15:41  
Tove Kolset

Referansekode i 'Helserådet': SEX 2016 – 7. Stikkord: Graviditet. Fedme. Blodsukker.