

19. februar 2016, 24. årgang

Helserådet

Nytt om samfunnsmedisin og folkehelsearbeid

- Komplette innholdsfortegnelse
s. 2
- Hva kan helsestatistikk bidra til?
s. 3
- Gift og forgiftninger i Norge
s. 3
- Kirke, moské og kommune får Drammenskvinner i bevegelse
s. 9
- Store barnehager like bra som små
s. 15
- WHO har erklært internasjonal folkehelsekrise
s. 16
- Straffbarhetsgrenser for åtte nye rus- og legemidler i trafikken
s. 20

rapport 2016:2

Vaksine mot humant papillomavirus (HPV)



Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Nasjonalt folkehelseinstitutt for å vurdere om HPV-vaksine til gutter skal tilbys i program i Norge

Helserådet

INNHold NR. 4/16

Hva kan helsestatistikk bidra til?	3
Gift og forgiftninger i Norge	3
Gamle miljøgifter i nye produkter	5
Frokostseminar: Luftforurensning på arbeidsplassen	5
Nå stoler vi mer på kostholdsrådene enn før.....	5
Forskningen kan ikke bevise at økologi er sunt	6
Matallergi kan skyldes hyperaktivt immunforsvar ved fødselen.....	6
Spiser vi mer enn før?	7
Lite aktivitet forklarer neppe fedmeepidemien	7
Beveger vi oss mindre enn før?	8
Så mye alkohol drikker norske 12-åringer	9
Kan jeg få klamydia fra toalettsetet?	9
Kirke, moské og kommune får Drammenskvinner i bevegelse.....	9
Fjell i bevegelse – aktivitet og sosial møteplass for kvinner	10
Nær natur redder folkehelsen	11
Mest fornøyd med tjenestene i små kommuner.....	12
Kommunelegens blogg: Om et godt tilbud, flinke folk, ansatte med ansvar og en frustrerende utvikling	12
Helsedirektoratet årets virksomhet i sosiale medier	13
Metodebok for sykehjemsleger	14
EMA setter ned ekspertgruppe på zikavirus	14
Store barnehager like bra som små	15
Færre foreldre gir sovepiller til barna sine.....	15

NYTT FRA WWW.FHI.NO, FOLKEHELSEINSTITUTTET

WHO har erklært en internasjonal folkehelsekrise.....	16
Zikafeber: Oppdaterte råd til gravide 4.2.2016.....	17
Folkehelseprofiler for kommunene 2016 er publiserte	19
Straffbarhetsgrenser for åtte nye rus- og legemidler i trafikken	20
Ny rapport om narkotikamarkedet på det mørke nettet.....	20
En av fire har jobbet i bakrus i løpet av siste år	21
Folkehelseinstituttet anbefaler HPV-vaksine til gutter	22
Bedre overlevelse blant pasienter i norske sykehus.....	23
Flere unge bruker antidepressiva	25
Smitteverndagene 2016, Oslo 4. og 5. april. Påmelding og foreløpige programtemaer	27
Kurs i utbruddsetterforskning – Oslo 6. april 2016	28
Leveranse med poliovaksine forsinket, forventet tilgjengelig uke 8	29

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. Tlf. 92 89 56 16.

Web-redaktør: Katrine Rutgersen. E-post: Katrine.Rutgersen@fhi.no

Layout: ASAP Media

Distribusjon: som vedlegg til e-post til registrerte abonnenter.

Forsiden: Folkehelseinstituttet anbefaler HPV-vaksine til gutter. Se artikkel side 22.

Hva kan helsestatistikk bidra til?

Av Anders Smith, redaktør av emnebibliotek samfunnsmedisin og Folkehelse, Kunnskapssenteret, FHI.

For et par uker siden var det en liten kommentarrunde på *eyr* innledet av **Henriette Pettersen** med referanse til folkehelseprofilene som Folkehelseinstituttet jo nå publiserer for hver enkelt kommune hvert år. Hun hadde merket seg at man på Sørvestlandet åpenbart har tatt noen gullmedaljer: 45% av kvinnene lider av fedme, det er 45,5% uføretrygdde mellom 18 og 45 år, og det var røde tall for mentale plager, muskel-skjelett lidelser og forskrivninger av B-preparater og antibiotika. Hun trakk ikke noen konklusjon, men stilte heller spørsmålet: «Settes normalverdiene i hovedstaden? Er det legene i min kommune som ikke følger normen, eller har vi pasienter som ikke passer inn i normen?»

Anette Bender i Frogner bydel i Oslo hilser fra sin «heldige» bydel og bekrefter at høy utdanning og inntekt gir bedre helse. Og så føyer hun til, riktignok i form av et spørsmål: «Interessant også at Frogner bydel har høyest andel aleneboende over 45 år – er dette en trivselsfaktor?»

Bjarne Bråtteit, Sand kommune følger med dette innlegget: «Men er slik lokal statistikk av særleg nytte? Uansett om ein bur på Frogner eller Grønland er det dei same hovedårsakene til sjukdom og død: Hjerte-karsjukdom og kreft. Og årsakene til sjukdom er og dei same: Røyking, overvekt, mangel på mosjon, alkohol og dårleg kosthald. Sjølv om forekomsten er noko forskjellig, er det like stort behov for livsstilstiltak alle stader. Men det kan jo være kjekt å leike seg med litt statistikk, sjølv om det ikkje gagnar folkehelsa.»

Henriette Pettersen avslutter debattrunden (i hverfall foreløpig!), tydeligvis med bekymring for hvordan god legepraksis kan synliggjøres i offentlige statistikker: «I mellomtiden handler alt om statistikker, retningslinjer, kurser til man blir blå i topplokket. Hva er indikatoren for en god lege? De unge legene klarer ikke å filtrere viktig fra uviktig, fordi det er et hav av ting man må sette seg inn i. Statistikk blir ofte misvisende, men for politikere og lignende er statistikk uhyre interessant som bevis for et eller annet oppnådd resultat».

Innleggene ovenfor levner ikke altfor stor tiltro til betydningen av statistikk. Men: kan vi klare oss uten statistikk? Jeg tror vi må minne oss selv på at statistikk kun er et verktøy, først og fremst som støtte for et fag som forhåpentlig står mange kollegers hjerte noe nærmere, nemlig faget *epidemiologi*. Uten bruk av statistikk og epidemiologiske metoder hadde ikke John Snow oppdaget sammenhengen mellom dårlig drikkevann og kolera i London på 1850-tallet, hadde man ikke oppdaget sammenhengen mellom store doser røntgen-stråler og leukemi hos barn for 70-80 år siden, hadde ikke Doll og Hill oppdaget sammenhengen mellom røyking og lungekreft i 1949, hadde man ikke oppdaget sammenhengen mellom HIV-infeksjon og seksuallivet til en gruppe menn tidlig på 1980-tallet etc.

De noe negative eller reserverte holdningene til statistikk slik det kan fremkomme av ovenstående, kan skyldes at mye av den statistikken som presenteres, også i Folkehelseinstituttets kommuneprofiler, er av deskriptiv art som er et kjennetegn ved de såkalte *tverrsnittundersøkelsene*, også kalt *prevalensundersøkelser*. Som navnet sier: tallene beskriver en situasjon på et visst tidspunkt eller i løpet av et visst tidsrom (sistnevnte kalles *periodeprevalens*). Når man da har to eller flere slike «beskrivelser» fra f. eks. sin egen kommune, kan det bli fristende for mange, kanskje særlig politikere, å trekke konklusjoner om en sammenheng mellom innholdet i de forskjellige beskrivelsene. Det kan selvsagt gå bra, i noen tilfeller, men man skal allikevel være varsom. Man er på langt tryggere grunn om man bruker funn fra en prevalensundersøkelse til å stille en hypotese om en mulig sammenheng. For å teste en slik hypotese, må man gjøre bruk av andre epidemiologiske metoder. De vanligste metodene her er *case-control undersøkelser* (også kalt *retrospektive undersøkelser*) og *prospektive undersøkelser* (også kalt *longitudinelle undersøkelser*). Mange longitudinelle undersøkelser skjer i form av kohort-studier. En spesiell form for longitudinelle undersøkelser utgjøres av *intervensjonsstudiene* som ofte også omtales som *kontrollerte kliniske forsøk*.

Selv har jeg skrevet en artikkel om de forskjellige formene for epidemiologiske undersøkelser her i 'Helserådet' tidligere: se 'Helserådet' nr. 21/13 side 3-5. Du får tilgang til dette nummeret ved å klikke på http://www.helsebiblioteket.no/samfunnsmedisin-og-folkehelse/helseradet/_attachment/217319?_ts=150ecbbdb37&download=true.

Det er også en nyttig artikkel om kvalitativ forskning, gjengitt fra forskning.no i 'Helserådet' nr. 19/13 side 13: http://www.helsebiblioteket.no/samfunnsmedisin-og-folkehelse/helseradet/_attachment/217495?_ts=150ecbce3e3&download=true

Referansekode i 'Helserådet': HST 2016-6. Stikkord: Statistikk. Epidemiologi. Kvalitativ forskning. Smith, Anders.

Gift og forgiftninger i Norge

Erik Andrew orienterer om sin bok som nylig er utgitt på Cappelen Damm:

Hvorfor ville jeg skrive en bok om gift og forgiftninger i Norge? Svaret er enkelt. Årlig dør hele 400-500 mennesker av akutte forgiftninger her i landet. Det er omtrent tre ganger flere enn antall trafikkdrepte. Disse høye forgiftningsdødstallene har dessverre blitt underkommunisert i vårt samfunn. Informasjonsbehovet er stort.

Den første norske boken om gift og forgiftninger

I mange år har jeg jobbet med giftige stoffer og forgiftninger ved Giftinformasjonen. Jeg har også undervist farmasistudenter om gift. Tanken på å skrive en bok for å synliggjøre forgiftningsområdet i et historisk, kulturelt og samfunnsmessig perspektiv, ikke bare medisinsk, har modnet gjennom mange år. Noe også interessen for forgiftninger i mytologien, i mediene og gjentatte, registrerte





Omslagsdesign: Kjersti Iversen

giftmord i norsk krimlitteratur har bidratt til. Gift har vært et yndet tema i internasjonal litteratur. Min bok er den første boken i sitt slag i Norge.

Akutte forgiftninger av mennesker

Miljøgifter og kjemiske forurensninger omtales stadig i mediene. Min bok, Gift og forgiftninger i Norge, handler imidlertid primært om akutte forgiftninger av mennesker. Med akutt forgiftning mener jeg forgiftninger som gir symptomer eller kliniske tegn kort tid etter påvirkning av et stoff, i et begrenset tidsrom eller av en enkelt dose av stoffet. Blåsyre (cyanider) eller giftslørsopp er eksempler på stoffer som lett kan føre til alvorlige, akutte forgiftninger. Grad av giftighet og dosering bestemmer hvor farlig en forgiftning kan bli.

Hvilke stoffer forårsaker forgiftninger?

Statistikken viser at narkotikaforgiftninger utgjør drøyt halvparten av alle forgiftningsdødsfall. Illegalt omsatte opiumforbindelser er den store synderen. Tidligere var det særlig injisert heroin som tok liv i Norge, men nå er narkotikaforgiftningene her til lands mer lik mønsteret

fra andre land i Europa. Legemidler, som psykofarmaka og benzodiazipiner, utgjør vel en tredjedel av alle forgiftningsdødsfall. Kjemikaliedødsfall, for eksempel alkohol og kullos, står for bare 10-15 %. Gift fra planter (som selsnepe), sopp (som hvit fluesopp), dyr (som hoggorm) og næringsmidler (som kan inneholde visse bakterier) er sjelden å se. Det er heldigvis også sjelden at barn dør av forgiftning i Norge; de offisielle tallene viser ett dødsfall annet hvert år.



Et velassortert giftapotek!
Foto: Kjersti Iversen



Viktig med et trygt giftskap i heimen.
Foto: Kjersti Iversen

Norske sykehus behandler ca. 20 000 forgiftninger årlig

De fleste av oss vil oppleve en eller annen form for forgiftning i livet uten at dette får alvorlige konsekvenser. Dette er forgiftninger som heldigvis kan behandles på laveste nivå i behandlingskjeden, nemlig i hjemmet. Som oftest går symptomene over av seg selv, men sykehusene i Norge behandler så mye som rundt 20 000 forgiftninger hvert år. Primærhelsetjenesten (fastlege, legevakt) kan også bli involvert. [Giftinformasjonens døgnåpne rådgivningstelefon](#) mottar mer enn 40 000 henvendelser om gift og forgiftninger årlig, og individuelle råd derfra, og hyppig bruk av [Giftinformasjonens hjemmesider](#), bidrar til å spre kunnskap og skape trygghet.

Ikke enkelt å ta livet av svigermor

Under arbeidet med boken var det områder utenfor vitenskap og medisin som var det morsomste å skrive om. Her måtte jeg finne nytt stoff fra biblioteker og fra nettet. Giftmord finner sjelden sted i Norge, men er uansett interessant lesning. Dessverre vil de som tror at de kan finne oppskrifter på hvordan de skal ta livet av «svigermor» i boken min, bli skuffet. Personlig er jeg fascinert av forgiftninger beskrevet i norsk mytologi og i forbindelse med trolldom. Da settes fantasien i sving og utvisker skillet mellom fiksjon og fakta.

Forgiftninger – et fascinerende tema

Mitt håp med denne boka er å spre kunnskap, forbygge forgiftninger og vise at gift er et spennende og interessant tema, også kulturelt og samfunnsmessig. Ikke uventet speiler forgiftningsmønsteret (type gifter, hyppighet, årsak) gjennom historien det til enhver tid eksisterende samfunn. Kanskje er det fordi det norske samfunn oppleves som svært trygt, at gift og forgiftninger er et fascinerende tema for så mange av oss?

Cappelen Damm:

GIFT OG FORGIFTNINGER I NORGE

Forfatter: Erik Andrew
Innbinding: Heftet
Utgivelsesår: 2015
Antall sider: 220
Forlag: Cappelen Damm
Språk: Bokmål
ISBN/EAN: 9788202488918
Kategori: Fagbøker og Helse og sosialfag

Kjøp: 349,-

Sendes fra oss i løpet av 1-3 arbeidsdager.

Referansekode i 'Helserådet': SKA 2016-5. Stikkord: Forgiftninger. Andrew, Erik.



Ikke enkelt å ta livet av svigermor.
Foto: Kjersti Iversen

Gamle miljøgifter i nye produkter *(forskning.no 11.2.2016)*

Avfall er en ressurs som kan utnyttes som råmateriale til nye produkter. Problemet er bare at betydelige mengder av dagens avfall inneholder kjemikalier som er giftige for mennesker og miljø.

Dag Inge Danielsen, frilansjournalist. En artikkel fra [Norges Geotekniske Institutt](#).

Er gjenvinning den beste måten å behandle også dette avfallet på, eller risikerer vi å resirkulere risiko fra miljøgifter i nye produkter? Et forskningsprosjekt ledet av Norges Geotekniske Institutt (NGI) har nylig undersøkt hva avfallsbehandlingsmetoder som resirkulering, forbrenning og deponering gjør med miljøgifter i avfall.

Se hele artikkelen fra forskning.no inkludert en del relatert materiale ved å gå inn på <http://forskning.no/miljogifter/2016/02/gamle-miljogifter-i-nye-produkter>.

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2016-10. Stikkord: Miljøgifter.



Nyhetsbrev uke 5/16. 5. februar 2016:

Frokostseminar: luftforurensning på arbeidsplassen

I vinter har det vært mye oppmerksomhet rettet mot luftforurensning i de største byene våre. Luftforurensning er en utfordring enten vi eksponeres på arbeidsplassen eller der vi bor, og det er et kontinuerlig behov for luftovervåking for å identifisere, kontrollere og forebygge mulige helseplager på arbeidsplassen og i miljøet.

Ved eksponering for forurenset luft kan både forbedringer av arbeidsmiljøet og ulike arbeidsmiljøtiltak målrettes bedre mot enkelte yrkesgrupper. I arbeidsmiljøet gjelder dette typisk industrielle arbeidsplasser.

For karakterisering av eksponering for forurensninger, er det nødvendig å utvikle følsomme, selektive og brukervennlige metoder og relevante prøvetakingsstrategier.

På dette frokostseminaret legges det frem aktuell kunnskap som kan bidra til økt forståelse av betydningen av dette, og for muligheten til å enklere gjennomføre en slik målretting.

Aktualisert både i arbeidsmiljøet og i utendørsmiljøet

I forbindelse med den økte oppmerksomheten på eksponering for luftforurensning i befolkningen denne vinteren, fra blant annet trafikk og vedfyring i de største byene i Norge, er det spesielt fokus på dieseldrevne kjøretøy.

Avdeling for kjemisk og biologisk arbeidsmiljø (KBA) ved STAMI har forskning knyttet til blant annet forekomst av forskjellige forurensninger i arbeidsmiljøet. Forskningsjef kemi ved KBA, Yngvar Thomassen, vil legge frem kunnskap om eksponering for nano- og ultrafine partikler i luft med særlig vekt på dieselpartikler.

Frokostseminaret vil bli filmet og er mulig å se direkte på stami.no

Mer kursinformasjon, program og påmelding: se <https://stami.no/kurs/frokostseminar-luftforurensning-pa-arbeidsplassen/>.

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2016-9. Stikkord: Luftforurensning.

Helsedirektoratet på twitter/Aftenposten 2.2.2016 (utdrag):

Nå stoler vi mer på kostholdsrådene enn før

- Jeg er ikke overrasket, sier forsker Annechen Bugge om myndighetenes kostråd.

Tilliten til norske helsemyndigheters kostråd er på vei tilbake, viser en årlig undersøkelse fra Norstat. Mens bare 51 prosent hadde ganske eller svært stor tillit til Helsedirektoratets kostholdsråd i januar 2012, hadde prosentandelen økt til 66 i januar 2016.

Fakta: Helsedirektoratets kostråd

- Ha et variert kosthold med mye grønnsaker, frukt og bær, grove kornprodukter og fisk, og begrensede mengder bearbeidet kjøtt, rødt kjøtt, salt og sukker.
- Ha en god balanse mellom hvor mye energi du får i deg gjennom mat og drikke, og hvor mye du forbruker gjennom aktivitet.
- Spis minst fem porsjoner grønnsaker, frukt og bær hver dag.
- Spis grove kornprodukter hver dag.
- Spis fisk til middag to til tre ganger i uken. Bruk også gjerne fisk som pålegg.
- Velg magert kjøtt og magre kjøttprodukter. Begrens mengden bearbeidet kjøtt og rødt kjøtt.
- La magre meieriprodukter være en del av det daglige kostholdet.
- Velg matoljer, flytende margarin og myk margarin, fremfor hard margarin og smør.
- Velg matvarer med lite salt, og begrens bruken av salt i matlagning og på maten.
- Unngå mat og drikke med mye sukker til hverdags.
- Velg vann som tørstedrikk.
- Vær fysisk aktiv i minst 30 minutter hver dag.

Kilde: Helsedirektoratet

- Det er gledelig at tilliten kryper oppover igjen, sier divisjonsdirektør i Helsedirektoratet, Linda Granlund.

I 2011 hadde 77 prosent høy tillit til Helsedirektoratets kostråd. Men i 2012 sank prosentandelen til 51 prosent.

- Vi vet ikke sikkert, men vår hypotese er at det skyldes at de offisielle anbefalingene da ble veldig utfordret av alternative kostråd, sier Granlund.

Referansekode i 'Helserrådet': ERN 2016-20. Stikkord: Kostholdsråd.

Forskningen kan ikke bevise at økologi er sunt *(forskning.no 13.2.2016)*

Selv om økologiske matvarer inneholder færre plantevernmidler og flere mineraler, kan ikke forskningen bevise at de gjør deg sunnere. En ny, stor rapport har kartlagt all den kunnskapen som finnes om økologi – både fordelene og ulempene.

Sedsel Brøndum Lange, journalist i videnskab.dk

Vi hører ofte at økologi er bedre for dyrene, for miljøet og for helsen. Men faktisk kan ikke forskningen bevise at økologisk mat er sunnere enn de konvensjonelle matvarene.

Det er en av konklusjonene i «Økologiens bidrag til samfundsgoder», et omfattende overblikk over kunnskap om økologiens betydning for samfunnet.

– Selv om det er sunne stoffer i økologiske matvarer, er det vanskelig å dokumentere helseeffekter, for mennesker både røyker, drikker og trener. Derfor er det veldig vanskelig å undersøke hva som skyldes hva, sier Lizzie Melby Jespersen, som har redigert rapporten, se http://icrfs.dk/fileadmin/icrfs/Diverse_materialer_til_download/Vidensynte_WEB_2015__Fuld_laengde_400_sider.pdf.

Du får tilgang til hele artikkelen samt en del relatert materiale fra forskning.no ved å gå inn på <http://forskning.no/mat-og-helse-landbruk/2016/01/forskningen-kan-ikke-bevise-okologi-er-sunt>.

Referansekode i 'Helserrådet': ERN 2016-22. Stikkord: Økologisk mat.

Matallergi kan skyldes hyperaktivt immunforsvar ved fødselen

(forskning.no 31.1.2016)

Barn som utvikler allergi mot en matvare, er ofte er født med hyperaktive immunceller.

Jonas Salomonsen, journalist, videnskab.dk.

Det har lenge vært et mysterium at noen barn uten problemer kan proppe seg med peanøtter, mens andre utvikler allergi og kan dø av å spise en eneste nøtt.

Noen barn kan helle i seg melk, mens andre får vondt i magen av en liten slurk. Nå viser en australsk studie at et hyperaktivt immunforsvar ved fødselen kan være en årsak.

Forskerne har analysert blodprøver fra navlestrengene til mer enn 1000 nyfødte, og et år etter fødselen har de testet barna for matvareallergi.

- Les også: **Neandertalerne ga oss bedre immunforsvar**

– Vi fant en sammenheng mellom hyperaktive immunceller og utviklingen av allergier for melk, egg, peanøtter, hvete og andre vanlige matvarer, sier professor Len Harrison fra The Walter and Eliza Hall Institute of Medical Research i Parkville i Australia i en pressemelding.

Se hele artikkelen fra forskning.no ved å gå inn på

<http://forskning.no/immunforsvaret-svangerskap-allergi/2016/01/matvareallergi-kan-skyldes-hyperaktivt-immunforsvar-ved> .

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2016-19. Stikkord: Matallergi.

Spiser vi mer enn før? *(forskning.no 3.2.2016)*

Amerikanere spiser mer i dag enn for 30 år siden. Her i Norge er det ingenting som tyder på det samme, men vi blir likevel fetere.

Ingrid Spilde, journalist

Nordmenn er blitt tykkere. I likhet med nesten alle verdens land, har gjennomsnittsvekta i Norge økt betydelig, særlig siden 1980-tallet.

Men hvorfor?

De fleste som prøver å forklare fedmeepidemien, oppgir flere årsaker. Men ofte utpekes kostholdet som en hovedsynder.

Serena Tonstad, overlege ved Oslo universitetssykehus **forklarer for eksempel i KK:**

– Det er hovedsakelig kostholdet som setter kjepper i hjulene for oss, da en altfor liten andel av befolkningen spiser tilstrekkelig med grønnsaker, frukt, belfrukter og kornvarer.

– Bare ta en titt på matvarene som tilbys på Narvesen, 7-Eleven og andre lignende kjeder – pølser, boller, pizzastykker og muffins.

- Les også: **Da forskningen viste at sukker var sunt**

Norsk helseinformatikk skriver:

– Matvanene har også endret seg. Vi var flinkere før til å spise sunn mat i form av frukt, grønnsaker og grove kornprodukter.

Det er ikke vanskelig å være enig. Mange av oss husker tida da godteri var forbeholdt lørdagene og brus stort sett opptrådte på julaften og 17. mai.

Men hvilket bilde tegner seg når vi begynner å kikke på statistikkene over hva det norske folket spiser? Det finnes nemlig tall for dette, helt tilbake til 1950-åra.

Disse tallene peker slett ikke mot at dagens nordmenn har et dårligere kosthold enn før.

Se hele artikkelen fra forskning.no ved å gå inn på <http://forskning.no/2016/01/spiser-vi-mer-enn-foer> .

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2016-21. Stikkord: Kosthold. Spisevaner. Kroppsvekt.

Lite aktivitet forklarer neppe fedmeepidemien *(forskning.no 4.2.2016)*

Kanskje er vi litt mindre aktive enn før. Men lite taler for at dette er hovedforklaringa på fedmeepidemien.

Ingrid Spilde, journalist

Noe må ha skjedd rundt 1980.

For etter det begynte gjennomsnittsvekta til befolkningen i de fleste vestlige land å stige dramatisk. Vi hadde riktignok sett en viss økning i den gjennomsnittlige vekta også tidligere. Men fra slutten av 1970-tallet fikk vektkurvene en markant knekk oppover.

Hva var det som plutselig fikk BMIen til å rase i været akkurat da? Var det noe som endret seg?

Vanlige påstander

De fleste oppgir manglende mosjon som en av grunnene til fedmeepidemien. Og i noen tilfeller blir dette presentert som hovedgrunnen.

Helsenett skriver:

– Den generelle vektøkningen i befolkningen som helhet skyldes først og fremst at vi i gjennomsnitt er mindre aktive enn tidligere.

På Norsk helseinformatikks side om fedme hos barn står det:

– Fysisk aktivitet er også blitt betydelig redusert de siste ti-årene. Dataspill, videospill og TV har ført til at barn er mye mer i ro.

Det samme går igjen på sidene om overvekt hos voksne:

– Den viktigste årsaken er at vi er for mye i ro, særlig når vi er på arbeid og når vi er hjemme. Vi bruker for mye tid foran datamaskinen og TV'en.

Spiser ikke mer

Påstandene høres fornuftige ut. Økende vekt er som kjent et resultat av at mengden energi som kommer inn i kroppen er større enn den som brukes opp.

Men det finnes ikke dokumentasjon som tyder på at vi spiser mer nå enn før.

- Les mer: **Spiser vi mer enn før?**

Samtidig har vi data som tyder på at voksne beveger seg mindre på jobben.

- Les mer: **Beveger vi oss mindre enn før?**

Er det mangel på mosjon som er årsaken til fedmeepidemien?

Noen studier konkluderer med at nedgangen i mosjon kan forklare vektøkningen de siste 30 åra.

Men i mange undersøkelser er det vanskelig å si hva som er høna og egget: Blir folk tyngre fordi de beveger seg mindre, eller rører de mindre på seg fordi de er tunge?

Flere store studier kan ikke finne noen klar sammenheng mellom aktivitet og risiko for overvekt og fedme. Noen undersøkelser sår til og med tvil om noe vi tar for gitt – at du forbrenner flere kalorier jo mer fysisk aktiv du er.

Og ekspertene, de er slett ikke enige.

Se hele artikkelen fra forskning.no ved å gå inn på <http://forskning.no/2016/01/lite-aktivitet-forklarer-neppe-fedmeepidemien>.

Referansekode i 'Helserådet': FYS 2016-10. Stikkord: Aktivitetsnivå. Overvekt. Fedme.

Beveger vi oss mindre enn før? *(forskning.no 4.2.2016)*

Det er nærmest blitt en sannhet at vi beveget oss mye mer på 1970- og 1980-tallet enn i dag. Men den vitenskapelige dokumentasjonen er slett ikke like skråsikker.

Ingrid Spilde, journalist

Stadig flere biler. Motorisert hjelp til alt fra oppvasken til plenklippen. Et stadig økende underholdningstilbud på TV og nett.

Vi tar det nærmest for gitt at vi er blitt et stadig mer stillesittende folk i løpet av de siste 30 åra. Men stemmer det med forskningen?

Beveger vi oss virkelig mindre nå enn før?

Svaret er antagelig nei. Og ja.

Intet er sikkert

Hva vet vi egentlig om fysisk aktivitet i Norge før og nå?

Dessverre er ett av hovedsvarene på dette spørsmålet: Ikke særlig mye. Det er ikke gjort så mange undersøkelser av aktivitet, og det er ikke så lett å sammenligne resultatene av de vi har.

Studiene er også stort sett basert på spørreundersøkelser hvor folk selv oppgir hvor aktive de er. Vi vet at folk lett feilvurderer i slike undersøkelser.

Vi må også være klar over at folks oppfatning av fysisk aktivitet kan endre seg over tiåra, slik at sammenligningene ikke nødvendigvis kan avgjøre om vi beveger oss mer eller mindre nå.

Men de tallene vi har, peker i begge retninger. Vi beveger oss mer og mindre.

Se hele artikkelen samt en del materiale fra forskning.no ved å gå inn på <http://forskning.no/2016/01/helse-overvekt-fedme-beveger-vi-oss-mindre-enn-foer>.

Referansekode i 'Helserådet': FYS 2016-11. Stikkord: Aktivitetsnivå.

Så mye alkohol drikker norske 12-åringer (forskning.no 4.2.2016)

Blant norske 12-åringer oppgir hver tiende gutt å ha drukket alkohol minst én gang i løpet av siste måned. Minst ett glass. Tre prosent sier de har vært fulle.

Astri Vannebo, kommunikasjonsrådgiver. En artikkel fra Atferdssenteret.

– Funnene bør vekke bekymring, sier forsker Mari-Anne Sørli ved [Atferdssenteret](#).

Hun har vært med på en studie som har sett på alkoholbruken blant sjuendeklassinger og på risikofaktorer og kjennetegn ved barn som drikker og oppvekstmiljøet deres. Den er nylig publisert i tidsskriftet *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*.

Studien er basert på data fra en stor skolestudie der 3710 sjuendeklassinger fra hele landet deltok. Sørli mener funnene er interessante fordi kunnskapen om barn som drikker generelt sett er liten; det gjelder både kunnskap om hvor mange som drikker, hvor mye de drikker og hva som utløser tidlig alkoholdebut.

– Alkoholstudier av så unge er sjelden vare. I Norge er det så vidt vi vet, kun blitt publisert én studie tidligere hvor alkoholbruk blant unge under 15 år har blitt belyst, sier Sørli.

– Det at det i hele tatt finnes så unge i Norge som på månedlig basis drikker mer enn en slurk eller to med alkohol – og at noen 12-åringer til og med drikker seg fulle – bør bekymre.

Se hele artikkelen samt en del relatert materiale ved å gå inn på <http://forskning.no/alkohol-og-narkotika-barn-og-ungdom/2016/02/sa-mye-alkohol-drikker-norske-12-aringer>.

Referansekode i 'Helserådet': RUS 2016-8. Stikkord: Drikkevaner. Tolv-åringer. 12-åringer.

Kan jeg få klamydia fra toalettsetet? (forskning.no 5.2.2016)

Spør en forsker:

Klamydia, herpes, kjønnsvorter... Det finnes mange kjønns sykdommer og like mange myter om hvordan de sprer seg. Er det hold i noen av dem?

Charlotte Price Persson, journalist, videnskab.dk

Du kan få klamydia på mange måter: fra en god venn, en hyggelig kollega og den søte jenta du nettopp har møtt på dansegulvet. Med henne øverst, ham øverst, liggende, stående og på tvers.

Men kan vi også bli smittet på toalettet? En leser spør:

«Jeg er veldig glad i kjæresten min og kunne aldri finne på å være utro mot ham. Det ville være forferdelig å få en kjønns sykdom – for da ville han jo selvfølgelig tro jeg hadde vært sammen med noen andre. Kan dere ikke gjennomgå de forskjellige sykdommene og risikoen for å få dem for eksempel fra et toalettset?»

I det gode parforholdets navn går vi derfor igjennom de mest utbredte mytene om kjønns sykdommer og smitte her.

Se hele artikkelen fra forskning.no samt en del relatert materiale ved å gå inn på <http://forskning.no/sex-kjonn-og-samfunn/2016/01/kan-jeg-fa-klamydia-fra-et-toalettsete>.

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016-38. Stikkord: Kjønns sykdommer.

Kirke, moské og kommunen får Drammenskvinner i bevegelse

Dette var også overskriften i en artikkel i 'Helserådet' nr. 10/14 som var et spesialnummer om fysisk aktivitet i nærmiljøet. Artikkelen omtalte et integreringstiltak som ble startet i 2011 og som derfor feirer sitt 5 års jubileum i år. Rolf Hansen i avd. miljø og helse i Helse- direktoratet har gjort oss oppmerksom på jubileumsfeiringen den 9. mars hvor interesserte kan melde seg på. Se omtale neste side.

Referansekode i 'Helserådet': FYS 2016-13. Stikkord: Integrering. Drammen.

Fjell i bevegelse

aktivitet og sosial møteplass for kvinner

Vi fyller 5 år...

og håper du vil feire med oss😊

Sted: Fjell kirke, Solsvingen 90 (underetasjen)

Tid: 9.mars kl. 18.45 – 20.00

Den 16.mars 2011 inviterte vi til aerobic-feiring i Fjell kirke for første gang. I de fem årene som har gått har vi hatt ukentlig aerobic, etter hvert både på mandager og onsdager. Kvinner i alderen 15 – 70 år svetter og ler, trener kondisjon, styrke og deltar på uttøying og avspenning. I snitt er det 15 -17 kvinner på hver trening.

Fjell kirke står bak tilbudet, men det har hele tiden blitt drevet i samarbeid med Drammen Frisklivssentral. I starten var også Fjell 2020 og Buskerud Pakistanske kvinneforening medarrangører. Vi bruker dyktige instruktører, de fleste er fysioterapeuter. Vi har ikke eksakte tall på hvor mange kvinner som har benyttet seg av tilbudet, men det er snakk om flere hundre.

Siden oppstarten i 2011 har vi også hatt tre sykkelkurs, samt skiopplæring og turgruppe i samarbeid med Drammen og omegn turistforening. I 2015 rekrutterte vi deltagerne til svømmekurs/vanntilvenning på Eknesbadet. Det håper vi å gjøre igjen til våren.

Vi har også noen sosiale samlinger for deltagerne. Alle arenaene samler kvinner med svært variert bakgrunn og livssituasjon.



Vi vil bruke 5-årsjubileet til å:

TAKKE – Fjell 2020 og Buskerud Fylkeskommune for prosjektstøtte i oppstarten, og andre som har bidratt undervegs.

FORTELLE – helsesøstre, fastleger, helsepolitikere, kommunal ledelse m.fl. hvilke gevinster dette tilbudet gir oss.

Program:

18.45 – 19.30: Bispisning og uformell samtale

19.30 – 20.00: Kort historikk og erfaringsdeling fra deltagerne.



Treningsdeltagerne står for maten som serveres. **Svar innen 1.mars** til signe@fjellkirke.no (mobil: 480 75 166).

Hilsen Fjell i bevegelse,

Signe Myklebust

Diakon

Solveig Helene K. Midtvedt

Instruktør/ fysioterapeut

Zahida Parveen Mughal

Frivillig

Samera Asif

Frivillig



Nær natur redder folkehelsa (forskning.no 30.1.2016)

Professor i Landskapsarkitektur og medlem av nasjonalt råd for fysisk aktivitet, Kine Halvorsen Thorén, NMBU ÅS og Seniorforsker Odd Inge Vistad, NINA Lillehammer
(Artikkelen er formidlet gjennom avd. Miljø og helse i Helsedirektoratet)

De fleste turene vi går, er hverdagsturer. Nordmenn flest ønsker at flere av disse turene skal gå i naturomgivelser. Hvorfor kan ikke kommunene legge bedre til rette for at innbyggerne kan gå mer i nærmiljøet i hverdagen, noe som både er miljøvennlig og gir god helse?

Trass i at vi trener mer enn før her i landet, viser studier av nordmenns aktivitetsnivåer at 70 prosent av oss ikke oppfyller anbefalingen om en liten halvtime med moderat fysisk aktivitet hver dag. Arbeidslivet er stillesittende, og mange av oss tar ikke beina fatt for å komme til jobb. Når befolkningen skal beskrive hvorfor de ikke beveger seg nok, så scorer mangel på tid høyt. Dette gjelder uavhengig av inntekts- og utdanningsnivå. Samtidig vet vi at den fysiske aktiviteten folk tross alt driver med, er egenorganisert, og at turgåing er særlig viktig. Tilrettelegging for å gå i nærmiljøet er derfor et tiltak som kan bidra til å redusere effekten av tidsklemma som mange klager på, samtidig som man ivaretar befolkningens yndlingsaktivitet. Spørsmålet er hvordan norske kommuner kan bidra til at flere tar turen og at det å gå blir en hverdagsaktivitet.



Naturopplevelser en drivkraft

Tur er for en del nordmenn muligens assosiert med ryggsekk, termos og skog eller fjell. En fersk småby-studie fra forskningsprosjektet Nærtur, ledet av NINA på Lillehammer i samarbeide med NMBU og NTNU viser imidlertid at turen – det å gå – inngår som en del av hverdagslivet. Det dreier seg om det den danske byforskeren Jan Gehl, kaller de nødvendige aktivitetene dvs. til og fra arbeid, innkjøp o.l. og om de valgfrie, de rekreative som foregår på fritiden, og studien viste at mange går langs veier og gater. Hadde folk kunnet velge, så hadde nærmere 90 % foretrukket å legge turen til naturområder. Dette stemmer godt med en rekke andre studier som viser at bortimot 70 % oppgir at de går på tur i skog og mark minst en gang per måned. Det viktigste «idrettsanlegget» for fysisk aktivitet var turstier og turløyper som ble brukt av ca. 35% av de spurte minst en gang per uke.

Naturomgivelser synes m.a.o. å være viktige for turen. Det handler derfor ikke bare om å være fysisk aktiv, men også om selve opplevelsen av å være i natur og grønne områder. Det er for lenge siden slått fast at natur har en stressreducerende og rehabiliterende effekt på oss mennesker. I natur finner vi hvile fra byens mange og til tider svært påtrengende inntrykk. En studie fra Oslo viste at de som bor i grønne omgivelser har mindre psykiske plager. Alle typer grønne og vegetasjonskledte områder inngikk i denne undersøkelsen, både såkalt naturlige, og områder som er menneskeskapte og kultiverte. Natur sett med slike øyne finner vi «overalt» på private tomter og i parker, like gjerne som på gravlunder, rundt skoler og andre institusjoner.

Hva mer motiverer?

I tillegg til tidsklemma, hva er det som hindrer oss i å ta den daglige turen? Fra Nærturprosjektet, men også fra andre studier, fant vi at det som virker hindrende er manglende belysning, for mye trafikk, manglende strøing om vinteren osv. Den viktigste drivkraften for turgåing i Nærtur-prosjektet var det å ha hund. Men fra andre studier vet vi at turen er en sosial aktivitet, og noen savner turkamerater. Den viktigste motiverende faktoren for å drive trening er ifølge Norsk monitor å få fysisk og mentalt overskudd. Antagelig er dette viktig for nærturen også – det handler ikke bare om slanking og høy puls. Den mentale betydningen av turen er også viktig, og som vist foran, er attraktive naturpregede omgivelser særlig viktige for å få folk ut og for det mentale overskuddet.



Den daglige turen kan også bidra til mindre bilkjøring og lavere CO2-utslipp, m.a.o. en mer bærekraftig by- og tettstedsutvikling.

Hva må gjøres?

For å videreutvikle «nærturterrenget» ser det ut til at natur og grønne omgivelser er viktige, samtidig som biltrafikken må reduseres. Turvennlige nærmiljøer krever dessuten god belysning samt brøyting og strøing vinterstid. Kan dette være så vanskelig? Kanskje, fordi godt nærturterreng i praksis involverer hele den kommunale planleggingen. For å kunne gå i forbindelse med de nødvendige daglige gjøremålene, er det viktig at avstanden til skoler, barnehager, nærservice eller nærmeste bussholdeplass ikke er for stor. God planlegging av nærmiljøfunksjoner er m.a.o. helt sentralt. I tillegg er det nødvendig å skape attraktive omgivelser for den valgfrie, rekreative turen. Selv om byer og tettsteder må satse på fortetting for å redusere gangavstandene, så må fortettingen også ivareta eksisterende grønne kvaliteter og det må skapes nye. I det hele tatt burde kommunene i langt større grad planlegge for mellomrommene i by- og tettstedsmiljøet. Informasjon om mulighetene for å ta en tur og opplevelsesmuligheter langs ruta er også viktig, særlig for de lite turvante. Noen behøver i tillegg turfølge, og i Nærturprosjektet har vi sett en rekke gode eksempler på hvordan kommunene samarbeider med frivillige lag og foreninger om organiserte turopplegg. Aktivitetstilbud og arenaer for en mer aktiv hverdag kan på denne måten samvirke. Folk kan ikke tvinges til å bevege seg, men vi kan gjøre omgivelsene våre



mer inviterende. Begrepet «nudging» brukes om alt dette, en forsiktig dytting i en mer helsefremmende retning, slik at det føles «naturlig» å gå eller sykle i stedet for å bile. For kommunene innebærer dette godt samarbeide på tvers av sektorgrenser og ikke minst med frivillige lag og foreninger.

Foto bilde fra Springvannsheia Lillesand: Petter Emil Wikøren

Foto bilde fra kyststien i Bodø (Dine 30 s 12): Bjørn Erik Olsen

Foto bilde fra Tromsømarka: Henrik Romsaas

Referansekode i 'Helserådet': FYS 2016-14. Stikkord: Fysisk aktivitet i nærområder.

Til orientering for de som har adgang til publikasjonen: (vi har dessverre ikke tillatelse til å gjengi hele artikkelen her)

6 • TORSDAG 11. FEBRUAR 2016 KOMMUNAL RAPPORT

Mest fornøyd med tjenestene i små kommuner

LOKALPOLITIKERE i små kommuner er mer fornøyd med eldreomsorgen, barnevernet og kommunehelsetjenesten enn politikerne i store kommuner, viser vår undersøkelse.

.....

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2016-3. Stikkord: Kommunehelsetjenester.



Einar Braaten: Kommunelegens blogg 13.2.2016:

Om et godt tilbud, flinke folk, ansatte med ansvar og en frustrerende utvikling.

Kikhoste, Samøv, helsesøstre, råspreke pensjonister, kriseteam og psykisk helse ispedd litt om utskrivningsklare pasienter. Det lyder som en passe vanlig kommunelegeuke!



Ta en kikk på bildet til venstre. Du ser ryggen til mange spreke pensjonister. Jeg tar bildet og henger altså etter. Etter invitasjon fra Aktiv Eiker og deltakerne fikk jeg, heldigvis, mulighet til å bli med på «gå gruppa» i Solbergelva. Jeg kom til å angre at jeg kalte dem «gå gruppa» for idag er jeg støl og stiv etter å ha være med på skikkelig trening min kontorkondis ikke var Alle vant til! Med et alders spenn mellom 67-90 ble jeg imponert over innsatsen, humøret, den hyggelige tonen og sosiale samværet. Her var det både slitsomt og hyggelig å være med! Gruppa som er helt full med 25 deltakere er et veldig godt eksempel på hvor viktig fysisk aktivitet er uansett alder! Alle jeg snakket med var opptatt av

hvor positiv treningen var for hvordan de hadde det både fysisk og psykisk. Gruppa blir trent av profesjonelle trenere fra Aktiv Eiker, vår frisklivsentral. De starter opp slike grupper i våre tettsteder som dels klarer seg sjøl, dels får treningshjelp.

Helt i den andre enden av kommunelegens arbeid er disse menneskene du ser på bildet på neste side. Bildet er tatt på Samøv. En årlig samling av nødetatene hvor vi går gjennom store hendelser vi kan diskutere og lære av. Annet hvert år går Øvelse Bjørn som er en stor fullskala øvelse for nødetatene og kommunene. Jeg har skrevet om øvelsene tidligere og jeg mener at kommunelegen bør være med på slike øvelser både fordi vi kan ha viktige funksjoner under slike hendelser og fordi vi bør være oppdatert på hvordan nødetatene fungerer i slike situasjoner når det skjer i kommunen vår. Helseberedskap er noe av det mest spennende jeg jobber med hvor vår funksjon kan bety forskjell på liv og død. På årets Samøv møte gikk jeg rundt i egen gul vest og lyste som en påskekylling. Vi har kjøpt egne gule jakker og vester fordi jeg flere ganger har opplevd at politiet eller ambulanse lurte på hvem denne sivilmannen er som snakker til dem under faktiske hendelser. Jeg mener det er viktig at det går tydelig fram hvem vi er.



Denne gjengen har jeg stor respekt for. De trener regelmessig to ganger i uka og passer på hverandre. At jeg smiler hyggelig på bildet er bare for fotografen ;strisvett som jeg var og litt ergerlig fordi jeg ikke klarte å følge godt nok i intervalltreningen i en bratt bakke!



Jeg er opplært i jobben min av helsesøstre. Ledende helsesøster på Kongsberg sammen med hennes erfarne helsesøstre introduserte og gav meg grunnlaget for å kunne fungere i kommuneoverlege/helsesjef jobben jeg startet opp i på Kongsberg. Nå er det som å komme hjem å komme på avdelingsmøtene på helsestasjon. Akkurat nå for tida skulle jeg så gjerne kunne fulgt dem tettere og bidratt mer i deres arbeid! Vi «matcher» med en gang når vi diskuterer utfordringer. De gjør en kjempejobb i det forebyggende helsearbeidet overfor barn og ungdom! Denne uka fikk vi bla en melding om kikhoste hos et barn som gikk på skole i en annen kommune. Rask konferanse mellom oss kommuneoverlegene (som også er smittevernleger) og så et møte med helsesøstrene i vår kommune som (selvfølgelig!) allerede hadde oppdatert seg og var klar til å følge opp familien som bor i vår kommune.

Vi har hatt møte i psykososialt kriseteam i Nedre Eiker også. En gruppe flinke fagfolk som er innstilt på å hjelpe deg hvis du opplever en krise du trenger hjelp til å håndtere. Jeg har tidligere skrevet om at jeg mener Nedre Eiker har en av de beste ordningene for organisering og drifting av psykososialt kriseteam. Allikevel kan vi bli bedre faglig og måten vi utfører arbeidet på. Vi har regelmessig møter som vi er enig vi må fortsette med og øve oss på mulige situasjoner. Diskusjonen går også rundt vaktbelastningen. Vi leiter etter best mulig vaktordning for de ansatte. Jeg mener det vil være lurt både for personellet og økonomien om vi samarbeider på tvers av kommunegrensene. Det er relativt få hendelser i året så vi kunne godt samarbeide flere kommuner og derved både få mer erfaring med flere hendelser og mindre vaktbelastning pr ansatt.

Jeg opplever at kommunene blir stadig mer presset i forhold til å ta imot tunge pasienter fra sykehusene. Med «tunge» pasienter mener jeg både vanskelige medisinske tilstander, psykiske og kirurgiske tilstander. Spesialisthelsetjenesten skriver ut pasienter som er så vanskelige å behandle at de ikke tar imot spesialistenes behandling i forhold til rus og psykiatri. Vi opplever å få pasienter med stadig vanskeligere og mer ressurskrevende tilstander. Jeg reagerer på at sykehusene bare skriver ut pasientene. Det er de som definerer hva en «utskrivningsklar» pasient er. Tar vi ikke imot dem må vi betale en døgnpris for at de blir liggende på sykehuset. Utfordringen for oss er at hvis vi er flinke får vi bare enda tyngre pasienter i neste omgang. Jeg reagerer på at pasienten bare skrives ut. Jeg mener det i langt større grad må bli en diskusjon på medisinsk nivå når de vanskeligste skal skrives ut. De fleste kommuner har ikke denne kompetansen. Vi har det på våre sykehjem, men mangler ofte både kompetanse og kapasitet på pleiesiden. Derfor mener jeg det må bli mye strengere krav til spesialisthelsetjenesten at de stiller med veiledning og opplæring når pasienter med nye vanskelige sykdomstilstander skrives ut. Sykehuset burde sende med egne pleiere som både kan lære opp de kommunale og sjøl lære hvordan forholdene er ute i kommunen! Atter en gang opplevde jeg yrkesstolthet og omsorg for pasienter som er imponerende helt på slutten av uka. Psykisk helsetjeneste rykket ut til en innbygger med rusproblemer som er selvmordstruet. Når andre tjenester ikke klarer utføre arbeidet sitt slik de skulle tok de ansvar og sikret pasienten. Det er skikkelig håndverk. Så må jeg ta opp med de tjenestene som ikke gjorde jobben sin, men det blir neste ukes kommuneoverlege jobb....

Denne bloggen får du også tilgang til ved å gå inn på : <http://wp.me/p16D9P-Fk>

Referansekode i 'Helserrådet': OLE 2016-5. Stikkord: Eiker. Braaten, Einar.



Helsedirektoratet

2.2.2016

Helsedirektoratet årets virksomhet i sosiale medier

Helsedirektoratet var finalist til Gullenen under årets Social media days i Oslo, og fikk den gjeve prisen for årets virksomhet i sosiale medier.

I tillegg til å vinne prisen for årets virksomhet i sosiale medier ble Helsedirektoratet shortlistet i ytterligere to kategorier. For fjerde år på rad ble facebooksidene Kosthold - Små grep, stor forskjell rangert blant de åtte beste i Norge, og snuskampanjen «avhengig av ruccola» ble nominert som beste kampanje i sosiale medier.

– Utrolig morsomt og en herlig annerkjennelse på at vi gjør mye riktig for å nå ut med budskapene våre, sier kommunikasjonsdirektør Berit Kolberg Rossiné.

Helsedirektoratet har vært tilstede i sosiale medier siden 2008, og har etterhvert fått flere sider og kanaler. Totalt følger snart 300 000 de ulike sidene til Helsedirektoratet, de største er Små grep, Slutta og Dine30. De ulike sidene retter seg naturlig mot ulike målgrupper, virksomhetskontoene i hovedsak mot helsepersonell, mens de andre sidene i større grad skal bidra til at befolkningen tar sunnere valg.

– Sosiale medier har gitt oss mulighet til å målrette budskapene mot relevante målgrupper og ha dialog med brukerne våre, sier Rossiné. Nettsidene helsedirektoratet.no og helsenor.no er Helsedirektoratets førsteprioritet som kanal, men sosiale medier blir viktigere og viktigere.

– Vi jobber for et godt samspill mellom sosiale medier, nettsider og callsentre som røyketelefonen og 800HELSE. For brukerne er det viktig at helsemyndighetenes kanaler og tilbud henger sammen og gir dem det de trenger der de er. Derfor deler vi denne prisen også med helsenorge-redaksjonen i Direktoratet for e-helse og Helfo.

I starten var målet med sosiale medier primært å få følgere og erfaring – særlig til bruk i krisesituasjoner, mens det nå i større grad fokuseres på å produsere relevant innhold der målgruppene er, uavhengig om det er helsepersonell på sykehus som bør vite om en ny retningslinje eller ungdom som vil slutte å snuse.

– Alle leser ikke alt som publiseres eller produseres av oss, og mediehverdagen endres raskt hos målgruppene. Det gjør at vi kontinuerlig må utvikle nye måter å nå målgruppene på. Vi skal ikke hvile, men strekke oss enda mer for å måle effekt, justere og effektivisere kommunikasjonen, sier Rossiné.

Prisen årets virksomhet i sosiale medier går til den merkevare, produkt eller virksomhet, organisasjon eller offentlig enhet som er best på sosiale medier, til å skape engasjement, til å ta vare på dialogen, profilering og utnytte mulighetene i sosiale medier. Den kåres av en fagjury og deles ut under Social media days i Oslo.



MOTTOK PRIS: Helsedirektoratet vant prisen for årets virksomhet i sosiale medier.

Følg Helsedirektoratet i sosiale medier

- Facebook **Helsedirektoratet**
- Facebook **Små grep**
- Facebook **Slutta – din røykeslutt**
- Facebook **Dine tretti**
- Facebook **Min Helse (helsenorge.no)**
- Twitter **Helsedirektoratet**
- YouTube **Helsedirektoratet**
- LinkedIn **Helsedirektoratet**
- Instagram **Helsedirektoratet**
- Instagram **Dine30**
- Instagram **SmåGrep**

Referansekode i 'Helserådet': MET 2016-9. Helsedirektoratet.

Metodebok for sykehjemsleger

Helsebiblioteket har nå lagt ut lenke.

<http://www.helsebiblioteket.no/eldre/retningslinjer-og-veiledere/metodebok-for-sykehjemsleger>

Metodeboken er ellers fritt tilgjengelig på sykehjemshandboka.no, der er det også mulig å laste ned PDF-versjon for utskrift/optrykk.

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2016-2. Stikkord: Sykehjemsmedisin.

Dagens Medisin

9.2.2016

EMA setter ned ekspertgruppe på zikavirus

Europeiske eksperter skal bidra til raskere utvikling av medisin.

Målfrid Bordvik, malfred.bordvik@dagensmedisin.no

The European Medicines Agency (EMA) har etablert en arbeidsgruppe av europeiske eksperter innen vaksiner og infeksjonssykdommer som skal bidra til den globale responsen på trusselen om zika-virusinfeksjon. Arbeidsgruppen ble etablert som en følge av at Verdens Helseorganisasjon (WHO) tidligere denne måneden slo fast at det myggbårne zikaviruset er en global krise.

Se hele artikkelen fra Dagens Medisin ved å gå inn på http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/02/09/ema-setter-ned-ekspertgruppe-pa-zikavirus/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified.

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016-41. Stikkord: Zika-feber.

Store barnehager like bra som små *(forskning.no 4.2.2016)*

Norske barnehager har tradisjonelt hatt 30–40 barn. I dag kan de ha 500. Men det er ikke størrelsen i seg selv som avgjør kvaliteten på barnehagene, ifølge en Fafo-rapport.

Bård Amundsen, journalist

Størrelse er ikke avgjørende for om en barnehage holder høy eller lav kvalitet, slår en gruppe norske forskere nå fast.

Store barnehager er annerledes enn små barnehager, finner forskerne. Skal store barnehager oppnå høy kvalitet, må personalet ha mer oppmerksomhet på organisering enn de behøver i små barnehager.

Men når store barnehager er gode, kan de tilby barna mer mangfold og høyere faglig nivå.

Fordeler med store barnehager

- Hovedkonklusjonen vår er at størrelse ikke i seg selv avgjør kvaliteten på barnehagene, sier Beret Bråten, forsker hos Fafo i Oslo.
- Størrelse spiller sammen med faktorer som organisering og ledelse. Størrelse har betydning ved at det stiller andre krav til hvordan en barnehage drives og ledes enn det som er tilfelle i en liten eller mellomstor barnehage.
- Vi ser at store barnehager kan ha flere fordeler. De kan være mer fleksible, de har bedre mulighet for å tilpasse seg barna og foreldrene, og de har ansatte med ansvar for egne spesialområder. Alt i alt fant vi flere slike fordeler med store barnehager.

Men skal disse fordelene bli plussfaktorer, så er altså organiseringen og ledelsen av barnehagen kjempeviktig, rapporterer Bråten.

- Store barnehager kan være kjempegode og de kan være ikke spesielt bra.

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

<http://forskning.no/samfunn-barn-og-ungdom-skole-og-utdanning/2016/02/store-barnehager-bra-som-sma> .

Referansekode i 'Helserådet': UNG 2016-9. Stikkord: Barnehager.

Færre foreldre gir sovepiller til barna sine *(forskning.no 10.2.2016)*

I 2004 fikk 2000 norske ettåringer allergimedisin før leggetid. De siste ti årene har bruken gått dramatisk ned blant ett- og toåringer, viser ny studie.

Anne Lise Stranden, journalist

Mens bruken av medisiner mot ulike psykiske lidelser har steget blant barn fra syv år og opp til 18 år de siste ti årene, er bildet motsatt for de aller yngste barna.

Det skyldes bruken av medisinen Vallergan mot søvnproblemer er kraftig redusert blant de aller minste barna.

Rundt tre prosent av ettåringene ble bedøvet med sovemedisinen Vallergan i 2004, men bruken har aldri vært godkjent til barn under to år.

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

<http://forskning.no/2016/02/faerre-foreldre-bedover-smabarna-sine> .

Referansekode i 'Helserådet': UNG 2016-10. Stikkord: Sovemedisin.

WHO har erklært en internasjonal folkehelsekrise

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117631>.

Generaldirektøren i Verdens helseorganisasjon (WHO) har erklært at opphopningen av fosterskaden mikrokefali og andre nevrologiske tilstander i Brasil i 2015-2016 og Fransk Polynesia i 2014, er en internasjonal folkehelsekrise. Økningen av disse tilstandene ses i sammenheng med utbrudd av zika-feber i de samme områdene.

Erklæringen fra WHO sier at det er et sterkt behov for å koordinere internasjonal innsats for å undersøke og bedre forstå en mulig sammenheng mellom zika-feber og mikrokefali og andre nevrologiske tilstander. En koordinert internasjonal innsats er nødvendig for å bedre overvåking av både zika-tilfeller og tilfeller av medfødte misdannelser og nevrologiske komplikasjoner i de berørte områdene. I tillegg er det viktig å intensivere myggbekjempelse i de aktuelle områdene samt å utvikle bedre diagnostiske tester og vaksiner.

Erklæringen fra WHO er gitt på bakgrunn av råd fra en særskilt oppnevnt komité av eksperter på området.



Ikke fare for utbrudd i Norge

Folkehelseinstituttet kan ikke utelukke at det framover kan bli registrert tilfeller av sykdom i Norge hos personer som har oppholdt seg i utbruddsområdene. Dette er registrert i enkelte andre land i Europa. Sykdommen smitter til mennesker ved myggstikk. Myggtypene som kan føre viruset videre finnes ikke i Norge. Det er derfor ikke grunn til bekymring for spredning her i landet.

Trolig årsak til fosterskade

I mai 2015 rapporterte Brasil sitt første tilfelle av zika-feber. Sykdommen har siden spredd seg i Brasil og til 23 andre land og områder i Sør- og Mellom-Amerika. De fleste som smittes av zika-virus blir ikke syke. Noen får imidlertid feber, utslett, leddsmerter og røde øyne i opptil en uke. Symptomene minner mye om influensa, og beskrives normalt som milde.

Samtidig med det pågående utbruddet av zika-feber har man i Brasil observert en kraftig økning i antall nyfødte med unormalt små hoder, noe som vanligvis er forårsaket av unormal utvikling av hjernen i fosterlivet, såkalt mikrokefali. Det er også enkelte steder meldt om økt antall tilfeller av en sykdom hvor immunsystemet angriper nervesystemet og enkelte ganger fører til lammelser (Guillain-Barré-syndrom).

En årsakssammenheng mellom zika-infeksjon og fødselsskader eller nevrologiske syndromer er ikke sikkert klarlagt ennå, men det er sterk mistanke om en sammenheng.

Råd til gravide

Vi vet per i dag ikke hvor stor risikoen for fosterskade er dersom en kvinne blir smittet med zika-virus mens hun er gravid. Folkehelseinstituttet anbefaler at :

- gravide som planlegger reise til berørte områder rådfører seg med sin lege før reise og vurderer å utsette reisen, spesielt til områder med pågående utbrudd eller økende forekomst av zika-feber
- gravide er spesielt nøye med myggbeskyttelse ved eventuell reise til berørte områder
- gravide som har oppholdt seg i berørt område i svangerskapet informerer sin lege eller jordmor om oppholdet etter hjemkomst

Publisert: 01.02.2016, endret: 02.02.2016, 10:37

Se også:

- [Spørsmål og svar om zika-viruset](#)
- [WHO announces a Public Health Emergency of International Concern](#)
- [Oppdaterte råd 4.2.2016 - Zikafeber - råd til gravide](#)

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016-36. Stikkord: Zika-feber.

Oppdaterte råd 4.2.2016

Zikafeber - råd til gravide

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

Stadig flere land i Sør- og Mellom-Amerika rapporterer nå om tilfeller og utbrudd av zikafeber. Samtidig er det observert en fortsatt økning av fosterskaden mikrokefali i flere delstater i Brasil. Folkehelseinstituttet anbefaler at gravide vurderer å utsette reisen til berørte områder, og tar forholdsregler dersom de oppholder seg i disse områdene.

Zikafeber forårsakes av et virus som overføres med mygg, og symptomene er vanligvis milde, også hos gravide. Det er imidlertid en mistanke om at infeksjon hos gravide kan føre til fosterskader, som mikrokefali. Dette er en nevrologisk tilstand hos nyfødte som innebærer at hodeskallen er liten, som regel som resultat av at hjernen har utviklet seg unormalt i fosterlivet.

Råd til gravide

Selv om det ikke er endelig fastslått at zikafeber er årsaken til denne alvorlige hjerneskaden, anbefaler Folkehelseinstituttet at:

- gravide som planlegger reise til berørte områder rådfører seg med sin lege før reise og vurderer å utsette reisen, spesielt til områder med pågående utbrudd eller økende forekomst av zikafeber
- gravide er spesielt nøye med myggbeskyttelse ved eventuell reise til berørte områder
- gravide som har oppholdt seg i berørt område i svangerskapet informerer sin lege eller jordmor om oppholdet etter hjemkomst

Det finnes ingen gode, lett tilgjengelige tester som evt. kan brukes hos gravide som har oppholdt seg i berørte områder. Det finnes ingen behandling eller vaksine mot sykdommen.

Hvilke land er rammet?

Tabell. Land som de siste to måneder har rapportert innlandsmittet zikavirus tilfeller, per 4 februar 2016

Pågående utbrudd eller økende forekomst	Sporadiske enkelttilfeller
<i>Sør- og Mellom Amerika / Karibia</i>	<i>Sør- og Mellom Amerika / Karibia</i>
Barbados	Bolivia
Brasil	Costa Rica
Colombia	Curaçao
Den dominikanske republikk	Guadeloupe
Ecuador	Guyana
El Salvador	Jamaica
Fransk Guyana	Nicaragua
Guatemala	Saint Martin
Haiti	Surinam
Honduras	Jomfruøyene (USA)
Martinique	
Mexico	
Panama	
Paraguay	
Puerto Rico	
Venezuela	
<i>Andre verdensdeler</i>	<i>Andre verdensdeler</i>
Kapp Verde	Amerikansk Samoa
	Tonga

Thailand har siden 2012 rapportert i gjennomsnitt fem tilfeller av zikafeber årlig, samt ett tilfelle i januar 2016. Thailandske helsemyndigheter har et godt overvåkingssystem for zikafeber, og forekomsten av zikavirus vurderes til å være svært lav i landet. Det er derfor svært liten risiko for å bli smittet med zikavirus i Thailand.



I tillegg har Fiji, Maldivene, Ny-Caledonia, Samoa og Salomonøyene rapportert innlandsmittet zikavirus tilfeller de siste ni måneder, men ikke de siste to månedene.

Reiseråd

Det finnes ingen vaksine mot zikafeber. Beskyttelse mot myggstikk er derfor det eneste forebyggende tiltaket. I motsetning til malariamyggen, biter myggen som sprer zikaviruset også om dagen. Gravide som oppholder seg i berørte områder, bør være svært nøye med å beskytte seg mot myggstikk ved å:

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

Myggbeskyttelse er spesielt viktig for gravide i første og andre trimester, dvs. graviditet under 26 uker.

Også andre enn gravide bør beskytte seg mot myggstikk når de oppholder seg i områder med zikafeber. Dette gjelder spesielt personer med immunsvikt eller alvorlige kroniske infeksjoner.

Råd til helsepersonell ved oppfølging etter hjemkomst

Det anbefales at gravide som har oppholdt seg i berørte områder følges opp av helsetjenesten etter hjemkomsten, uavhengig om den gravide har hatt symptomer på zikafeber eller ikke. Erfaringer fra Brasil tyder på at asymptomatiske infeksjoner er vanlig, og at en mulig sammenheng med utvikling av mikrokefali ikke er avhengig av om den gravide har hatt symptomer på zikafeber.

Den gravide vil i en slik situasjon naturlig nok være engstelig og ha behov for rådgiving og en vurdering om det er behov for videre oppfølging. Lege eller jordmor bør gjøre denne vurderingen basert på om den gravide:

- har oppholdt seg i land med utbrudd eller økende forekomst av zikafeber eller i land hvor det kun er påvist enkelte sporadiske tilfeller
- har hatt symptomer som kan tyde på zikafeber
- har vært nøye med myggstikkprofylakse
- har observert mange myggbitt
- er i 1. eller 2. trimester hvor sannsynligheten for evt. fosterskader er størst
- er spesielt engstelig

Dersom lege eller jordmor vurderer at den gravide bør følges opp med videre undersøkelser (inkludert testing) anbefales det at kvinnene henvises til de regionale sentere for fosterdiagnostikk for videre oppfølging. Sentrene har mest erfaring med denne type problemstillinger, og i tillegg har de gravide ofte et behov for kompetent rådgivning. For diagnose av mikrokefali kan man følge utviklingen ved ultralydundersøkelser. Helsedirektoratet vil snarlig sende ut mer informasjon om oppfølging av gravide.

Diagnostikk

Testing for zikafeber kan foreløpig ikke utføres i Norge, men utføres ved Folkhälsomyndigheten (tidligere Smittskyddsinstitutet) i Sverige (se lenke). Det finnes ingen kommersielle antistofftester som er utviklet for screeningformål for zika- eller andre flavivirus. Det arbeides med å etablere en spesifikk metode til bruk ved mistanke om zikavirus infeksjon basert på zikavirus påvisning i blod eller fostervann ved Folkehelseinstituttet. PCR eller antistofftester er utviklet for diagnostikk ved aktuell infeksjon, og er lite egnet for screeningformål. Amerikanske helsemyndigheter mener derfor at ultralyd kan være en bedre førstemetode ved oppfølging av asymptomatiske gravide (se lenke).

Dersom man ønsker å ta en test anbefales å ta kontakt med det svenske laboratoriet før man eventuelt sender prøver. Telefonnummer er + 46 10 205 20 00. Adresse: Folkhälsomyndigheten, 171 82 Solna. Utgiftene til testing i Sverige dekkes ikke av HELFO, og for polikliniske og primærhelsetjenestepasienter må utgiftene dekkes av rekvirenten eller pasienten selv. For innlagte pasienter er det helseforetaket som dekker utgiftene. For priser, se lenke.

Mer om zikafeber

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

Det er kun rapportert ett tilfelle av zikafeber i Norge hos en norsk turist som hadde oppholdt seg på Tahiti under utbruddet på øya i 2014.

Det europeiske smittevernsenteret (ECDC) har publisert en oppdatert risikovurderinger om Zikafeber-situasjonen og om den epidemiologiske situasjonen for Zikafeber (se lenke).

Publisert: 04.02.2016, endret: 05.02.2016, 15:30

Oppdatert 4.2.2016

Se også:

- [Epidemiological update: Outbreaks of Zika virus and complications potentially linked to the Zika virus infection \(ECDC 29.1.2016\)](#)
- [Interim Guidelines for Pregnant Women During a Zika Virus Outbreak \(Råd fra CDC om oppfølging av gravide, 19.01.2016\)](#)
- [Pan American Health Organization \(oversikt berørte områder\)](#)
- [Prislista - Speciell diagnostik \(Folkhälsomyndigheten, Sverige\)](#)
- [Reiseråd til gravide](#)
- [Spørsmål og svar om zika-viruset](#)
- [WHO har erklært en internasjonal folkehelsekrise](#)
- [Zika virus disease epidemic: potential association with microcephaly and Guillain-Barré syndrome \(ECDC, 1st update 21 January 2016\)](#)
- [Smittevernveilederen - Zikafeber - veileder for helsepersonell](#)
- [Zikavirus Antikroppsbestämning \(IgG\) i serum med indirekt immunfluorescens-test \(IF\) – \(Folkhälsomyndigheten, Sverige\)](#)

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016-39. Stikkord: Zika-feber.

Folkehelseprofiler for kommunane 2016 er publiserte

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117725>.

Nye folkehelseprofiler for kommunane er tilgjengelege på Folkehelseinstituttet sine nettsider. Tema for 2016-profilane er sosiale helseforskjellar.

Alle dei 428 kommunane i Norge kan [laste ned sin eigen folkehelseprofil for 2016](#).

Nye indikatorar i 2016

Folkehelseprofilane for 2016 har fleire nye indikatorar:

- Statistikk for alkoholbruk, fysisk inaktivitet, einsemd, lokalmiljøkvalitet og deltaking i fritidsorganisasjonar. Denne statistikken kjem frå Ungdata-undersøkinga.
- Valdeltakinga ved siste kommuneval, som er ein indikator for samfunnsengasjementet i kommunen.



I Folkehelsebarometeret på side 4 i profilane er topp 10-kommunane i landet markert. Dette er nytt i 2016 og gjeld indikatorar for helse og sjukdom, levevanar, skule og nokre indikatorar på miljø. [Sjå tabell som viser verdiområdet for dei ti beste](#).

Talgrunnlaget for folkehelseprofilane blir heile tida gjennomgått og justert for å få best mogleg kvalitet. I år er utrekninga for forventa levealder justert noko. Enkelte kommunar vil derfor finne eit justert tal når dei samanliknar med fjoråret.

Tal for mobbing blir ikkje vist i profilane i år. Kommunane kan likevel finne tal frå elevundersøkingane i KommuneHelse statistikk-bank.

Sosiale helseforskjellar

Årets tema er sosiale helseforskjellar. I folkehelseprofilen kan kommunen finne ein indikator for utdanningsforskjellar i forventa levealder. Dersom utdanningsforskjellen er stor, betyr det at den gruppa som har vidaregåande skule eller høgare utdanning, lever betydeleg lenger enn den gruppa som ikkje har utdanning etter grunnskulen. Store forskjellar tilseier samtidig at det er mogleg å sette inn tiltak.

Helse har samband med utdanning. Gjennomgang av talmaterialet i statistikkbanken viser at det i mange kommunar er store forskjellar når det gjeld fråfall i vidaregåande skule. Det generelle bildet er at det i mange kommunar er klart større fråfall blant elevar som har foreldre med kort utdanning.

På midtsidene i profilane finn kommunen ein bakgrunnsartikkel om sosiale helseforskjellar og eksempel på tiltak.

Levealder – store forskjellar i Oslo

Gjennomgang av statistikken viser at generelt har kommunar på Vestlandet og i Akershus lengst levealder. Levealderen er kortast i Oslo og i Hedmark, Aust-Agder og Finnmark.

- Levealderen er generelt lågare for dei med kort utdanning og dårleg økonomi, men det er store forskjellar frå kommune til kommune.
- Gruppa med høg utdanning har jamt over høg levealder i dei fleste kommunar.

Spesielt Oslo peikar seg ut når det gjeld forskjellar i levealder mellom sosioøkonomiske grupper. I Oslo har dei med låg eller middels utdanning den kortaste levealderen i Noreg. Kommunepofilane viser elles at enkelte små kommunar har låg levealder for kommunen sett under eitt. I slike tilfelle kan det vere ei eller fleire dødsulykker som har slått ut på statistikken.

- Les meir om [levealder i Folkehelse rapporten 2014](#)

Finn fleire tal i statistikkbankane

Profilane er knytt til [Kommunehelsa statistikkbank](#) som er oppdatert samtidig med at det kjem nye profiler. Alle kommunar vil finne fleire tal og utdjupande informasjon i statistikkbanken. Her finn ein også lenker til faktaark.

Spesielt for små kommunar som ikkje får tal for alle indikatorane, kan det også løne seg å ta ein titt i [Norgeshelsa statistikkbank](#) som viser fleire tal for fylket enn det Kommunehelsa statistikkbank viser.

Bydels- og fylkesprofilar

- Profilar for bydelar i dei største byane kjem 16. februar
- Folkehelseprofilane for fylka kjem 15. mars

[Kontaktpersonar](#)

Publisert: 09.02.2016, endret: 09.02.2016, 09:28

Referansekode i 'Helserådet': HST 2016-7. Stikkord: Folkehelseprofiler.

Straffbarhetsgrenser for åtte nye rus- og legemidler i trafikken

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117621> .

I 2012 innførte Norge straffbarhetsgrenser i trafikken for 20 ulike narkotiske stoffer og rus-givende legemidler. Den 1. februar 2016 utvides lovgivningen ved at ytterligere åtte rus- og legemidler inkluderes.

Forskrift om faste konsentrasjonsgrenser for andre rusgivende stoffer enn alkohol revideres. De åtte rus- og legemidlene det nå settes straffbarhetsgrenser i trafikken for er: Bromazepam, des-metyldiazepam, etizolam, klobazam, lorazepam, triazolam, oksykodon og metylfenidat.

- Det viktigste resultatet av revisjonen, er at lovgivningen har vist seg å fungere slik vi håpet før systemet ble innført. Forskriften har ført til om lag 35 prosent reduksjon i antall sakkyndige uttalelser for trafikksakene. Det vil si at håndteringen av disse sakene i retten har blitt enklere, sier Vigdis Vindenes, avdelingsdirektør for rusmiddelforskning og metodeutvikling på Folkehelseinstituttet.

Til sammen er det nå fastsatt straffbarhetsgrenser for 28 ulike rus- og legemidler. For 22 av disse, er det fastsatt straffeutmålingsgrenser tilsvarende grensene for 0,5 promille alkohol og 1,2 promille alkohol.

De nye faste grensene gjelder fortsatt ikke der legemidler er inntatt i henhold til gjeldende forskrivning fra lege eller tannlege eller for stoffer som ikke er oppført på listen. I disse tilfellene skal det fortsatt gjøres en individuell sakkyndig vurdering.

- [Fakta om rusmiddelgrenser i trafikken](#)
- [Forskrift om endring i forskrift om faste grenser for påvirkning av andre berusende eller bedøvende middel enn alkohol m.m.](#) (Forskrift om faste grenser, Lovdata)

Publisert: 01.02.2016, endret: 01.02.2016, 10:19

Se også:

- [Fakta om rusmiddelgrenser i trafikken](#)

Referansekode i 'Helserådet': RUS 2016-5. Stikkord: Rusmidler og trafikk. Legemidler og trafikk.



Illustrasjonsfoto

Ny rapport om narkotikamarkeder på det mørke nettet

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117261> .

Det nettbaserte rusmiddelmarkedet Silk Road gjorde distribusjonskjedene for narkotika kortere enn de tradisjonelle narkotikamarkedene. I tillegg var markedet et viktig møtested hvor brukere av narkotika verden over delte erfaringer og kunnskap.

Det viser rapporten [«Narkotikamarkeder på det mørke nettet»](#). Rapporten gir et deskriptivt bilde av virkeligheten på nettstedet Silk Road, i tillegg til intervjuer med norske brukere av tjenesten.

– Det er forsket lite på nettbaserte rusmiddelmarkeder som Silk Road, noe som kan skyldes det begrensede tidsrommet nettmarkedene har eksistert, sier Silje Anderdal Bakken, rådgiver ved FHIs avdeling for rusmiddelforskning.

Lignet en nettbutikk

Silk Roads utforming lignet en vanlig nettbutikk, med et søkefelt, produktkategorier og en handlekurv. Men nettstedet var ikke en butikk i seg selv, heller en infrastruktur hvor kjøpere og selgere kunne gjennomføre handel med nettstedet som mellommann.

Silk Road kunne brukes av alle som lastet ned en programvare som dirigerte internettrafikk gjennom et verdensomspennende nettverk for å kryptere (skjule) en brukers plassering og bruk fra nettverksovervåking eller trafikkanalyse.

I perioden 2013-2014 var over 90 prosent av produktene på Silk Road narkotiske stoffer eller andre varer tilknyttet narkotikabruk. De illegale rusmidlene var delt inn i ti kategorier med 112 underkategorier og mer enn 14.000 produktsider. Både kjøpere og selgere var anonyme.

Nøye planlagt kjøp og bruk

Kjøperne på Silk Road delte en interesse for datateknologi og internett, og de planla kjøp og bruk av narkotiske stoffer nøye, basert på informasjon de fant på internett og i tilbakemeldingene fra andre brukere på nettstedet.

Rapporten identifiserer tre ulike kjøperkategorier; forbrukere, idealister og selvmedisinere. Forbrukerne begrunnet sin netthandel med tilgangen til narkotiske stoffer av god kvalitet til lav pris. Bruken av narkotika fremstod som en adskilt del av livet for forbrukerne. På Silk Road kunne de handle anonymt og de unngikk fysisk kontakt med kriminelle miljøer.

Idealistenes hovedbegrunnelse for handel på Silk Road var det brede utvalget av sjeldne stoffer. Narkotikabruken var en større del av deres liv enn hva gjaldt forbrukerne, i form av en generell interesse de leste om daglig. Idealistene beskrev bruk av stoffene som en personlig, indre reise.

Selvmedisinereren begrunnet handel på Silk Road med enkel tilgang til reseptbelagte legemidler.

Gjennom interaksjon hadde særlig selgerne mulighet til å fremstille et personlig bilde av seg selv, noe som styrket utgangspunktet for tillit. Selv om tillit på nett hadde flere likhetstegn med tradisjonelle narkotikamarkeder, hadde aspekter som anonymitet og mangel på fysisk kontakt viktige innvirkninger.

Narkotikamarkeder på nett har trolig kommet for å bli

– Selv om politi og myndigheter tilegner seg en bedre teknologisk kunnskap, virker netthandlerne svært datakyndige, og de ser ut til å ligge i forkant. Kjøp og salg av narkotika fremstår som en katt og mus-lek, hvor lovbrystere stadig finner nye veier for distribusjon av narkotika, sier Bakken

– Narkotikamarkeder på internett har trolig kommet for å bli. Hvordan vil dette påvirke bruk? Vil netthandelen føre til økt bruk og mer skader? Eller vil det kunne redusere skader, med mindre vold og mer bevisste brukere? spør Bakken.

Referanse

Silje Anderdal Bakken & Hanne Bosnes (2015): [Narkotikamarkeder på det mørke nettet \(SIRUS-rapport 7/2015\)](#)

Publisert: 14.01.2016, endret: 01.02.2016, 13:05

Referansekode i 'Helserrådet': RUS 2016-6. Stikkord: Narkotikaomsetning.

En av fire har jobbet i bakrus i løpet av siste år

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117712>.

Rusmiddelbruk på arbeidsplassen forekommer sjelden. Men 25 prosent av deltakerne i en ny studie fra Folkehelseinstituttet rapporterer om bakrus eller sløvheter på jobben i løpet av siste år, som følge av drikking dagen før.

Forskerne fant at 5,2 prosent av deltakerne hadde brukt beroligende eller sløvende lege-



Foto: colourbox.com



Illustrasjonsbilde: Colourbox.com

midler i løpet av de siste to døgn og at 1,4 prosent hadde brukt narkotika. 17 prosent hadde brukt alkohol det siste døgnet.

Andre funn i studien var:

- Fem prosent hadde vært borte fra jobben på grunn av drikking i løpet av siste år.
- Bruk av narkotika og stort alkoholinntak som førte til bakrus eller sykefravær var mye vanligere blant ansatte i utelivsbransjen enn blant ansatte i andre bransjer, og minst vanlig blant helsearbeidere.
- Bruk av beroligende eller sløvende legemidler var vanligst blant helsearbeidere og transport- og lagerarbeidere.
- Stort alkoholinntak, sykefravær på grunn av drikking og bruk av narkotika var vanligere blant menn enn blant kvinner.

Om studien

I denne undersøkelsen har FHI, inkludert det tidligere rusforskningsinstituttet SIRUS, undersøkt rusmiddelbruk blant arbeidstakere ved hjelp av analyse av spyttprøver i kombinasjon med selvrapporterte opplysninger. Påvisning i spyttprøvene er sikker indikasjon på nylig bruk av de aktuelle stoffene, det vil som oftest bety bruk innen de siste 12-48 timene.

Bruk av rusmidler blant norske arbeidstakere har tidligere blitt undersøkt ved spørreundersøkelser og intervjuer. En svakhet med slike undersøkelser er underrapportering av rusmiddelbruk.

Deltakerne fylte ut et prøveskjema og avga en spyttprøve som ble analysert for alkohol, seks narkotiske stoffer og 12 beroligende legemidler.

Totalt var det 2437 deltakere i studien. De arbeidet innen åtte bransjer: Helsevesenet, finansnæringen, industri, transport og lager, utelivsbransjen, offentlig administrasjon, media og forskning.

Det deltok 21 firmaer i studien, og Statens vegvesen ga tillatelse til å inkludere tungtransportsjåfører ved Vegvesenets kontrollstasjoner for tunge kjøretøyer.

Publisert: 05.02.2016, endret: 05.02.2016, 15:55

Se også:

- [BioMedCentral: Use of alcohol and drugs by employees in selected business areas in Norway](#)

Referansekode i 'Helserådet': RUS 2016-7. Stikkord: Bakrus.

Folkehelseinstituttet anbefaler HPV-vaksine til gutter



Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117699>.

Folkehelseinstituttet har oversendt en anbefaling til Helse- og omsorgsdepartementet om at gutter i 12-årsalder bør få tilbud om HPV-vaksine i det norske barnevaksinasjonsprogrammet på lik linje med jenter.

Humant papillomavirus (HPV) er en vesentlig årsak til alvorlige kreftformer hos både kvinner og menn.

– Jenter har siden 2009 fått tilbud om HPV-vaksine i 12-årsalder for å forebygge livmorhalskreft. Nyere kunnskap viser imidlertid at HPV spiller en vesentlig rolle for utvikling av andre kreftformer, både hos kvinner og menn, sier Britt Wolden avdelingsdirektør ved Folkehelseinstituttet.

Folkehelseinstituttet nedsatte i 2015 en arbeidsgruppe for å vurdere om HPV-vaksine til gutter skulle tilbys i program i Norge. Gruppen har nylig avgitt sin rapport som konkluderer med at vaksinen bør innføres også for gutter i barnevaksinasjonsprogrammet.

Folkehelseinstituttet gir sin selvstendige anbefaling til Helse- og omsorgsdepartementet. Vurderingene bygger på rapporten som redegjør for kunnskapsgrunnlaget og helsegevinster ved å innføre vaksinen. Selv om det fortsatt er mangelfulle data på noen områder gir instituttet sin tilslutning til arbeidsgruppens anbefalinger ut fra følgende argumenter:

- Det er en økende trend i antall krefttilfeller forårsaket av HPV hos menn. Dette tilsier at både gutter og jenter bør gis lik mulighet til individuell beskyttelse og at både gutter og jenter bør ha et likt ansvar i forhold til å beskytte andre.
- Vaksinasjon av gutter i tillegg til vaksinasjon av jenter vil være den mest effektive måten å forebygge HPV-infeksjon hos gutter.
- Vaksinasjon av gutter vil også gi beskyttelse til gruppen menn som har sex med menn.

Det er viktig å påpeke at et kostnadseffektivt vaksinasjonstilbud til gutter forutsetter et anbudsresultat som gir en gunstig innkjøpspris av vaksinen.

Fra Folkehelseinstituttets side fremheves det som svært viktig at en eventuell innføring av HPV-vaksine til gutter inkluderer en nasjonal oppfølging av tiltaket. Det må gjøres en grundig og systematisk oppfølging for å studere vaksineeffekt, bivirkninger og vaksinasjonsdekning.

Hvorfor vaksinere gutter?

HPV-infeksjon er ikke å betrakte som en sykdom som kun gjelder kvinner. Andelen HPV-relaterte krefttilfeller hos menn sammenlignet med kvinner utgjør ca. 20–30 prosent, men forekomsten av HPV-relatert kreft hos menn er stigende.

– Kreftformene hos menn knyttet til HPV er kreft i penis, endetarmen og kreft i svelget. I de senere årene har vi sett en betydelig økning av HPV-relaterte kreft i svelget både hos menn og kvinner, men størst blant menn. Økningen ses særlig i den vestlige delen av verden og er betydelig også i Norge, sier Wolden.

– Vi mener økningen tilsier at både gutter og jenter bør gis mulighet til individuell beskyttelse. Ulikheten i dag er uheldig, fordi det er snakk om alvorlig sykdom og risiko for død, fortsetter Wolden.

HPV er den vanligste seksuelt overførbare infeksjonen hos kvinner og menn. God vaksinedekning blant jenter vil redusere den totale smittespredningen og dermed til en viss grad også redusere krefttilfellene blant menn (flokkbeskyttelse). Vaksinering av gutter i tillegg vil føre til en reduksjon av HPV-relatert kreft blant menn, men også en ytterligere reduksjon av HPV-relatert kreft hos kvinner.

Antall tilfeller av HPV-relaterte kreftformer hos menn som kan forebygges med HPV-vaksinen er beregnet til mellom 70–100 per år.

Fakta om sykdomsbyrde av HPV-kreft

- HPV er en vesentlig årsak til kreft og forstadier til kreft i livmorhals, ytre kjønnsorganer hos kvinner, skjede, svelget, anus og penis. Nesten alle tilfeller av livmorhalskreft er forårsaket av HPV, mens andelen HPV-relaterte tilfeller av de øvrige kreftformer varierer.

Antall tilfeller av de viktigste HPV-relaterte kreftformer hos kvinner i 10-årsperioden 2004–2013 (kilde: Kreftregisteret)

Livmorhalskreft	2966
Kreft i ytre kjønnsorganer	842
Analkreft	458

Antall tilfeller av de viktigste HPV-relaterte kreftformer hos menn i 10-årsperioden 2004–2013 (Kilde: Kreftregisteret)

Kreft i svelg	942
Peniskreft	377
Analkreft	201

- Kunnskapen om sammenheng mellom HPV-infeksjon og livmorhalskreft har vært kjent i mer enn 30 år.
- Etter hvert har det blitt kjent at HPV også relateres til andre former, både hos kvinner og menn.
- I de senere årene har det blitt kjent at HPV-infeksjon er en sentral årsaksfaktor for utvikling av kreft i svelget, og at forekomsten av denne kreftformen er sterkt økende.
- Svært mange tilfeller av analkreft skyldes HPV-infeksjon. Sykdomsbyrden er særlig høy blant menn som har sex med menn.
- Omtrent halvparten av krefttilfellene i penis er knyttet til HPV.

Les også:

- [Rapport 2016:2 "Vaksine mot humant papillomavirus \(HPV\)"](#) - lenke til pdf
- [HPV-vaksine til gutter - Anbefaling fra Folkehelseinstituttet](#) - brev til Helse- og omsorgsdepartementet datert 29.01.2016

Publisert: 04.02.2016, endret: 05.02.2016, 11:13

Referansekode i 'Helsrådet': TSS 2016-40. Stikkord: HPV.

Bedre overlevelse blant pasienter i norske sykehus

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117640>.

Sykehusene sett under ett har bedret overlevelsen blant inneliggende pasienter i løpet av fire år, både samlet overlevelse og ved hjerteinfarkt og hjerneslag. Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet har nå supplert den nasjonale publikasjonen med rapporter for det enkelte sykehus.

Rett før nyttår publiserte Kunnskapssenteret notatet «Kvalitetsindikatoren 30-dagers overlevelse etter innleggelse i norske sykehus – resultater for året 2014». [Nå foreligger også rapportene for hvert enkelt sykehus.](#)

– Det er store variasjoner i overlevelse mellom sykehusene, både ved førstegangs hjerteinfarkt, hjerneslag, hoftebrudd og totaloverlevelse, sier [seksjonsleder Jon Helgeland](#).

Les også:

[Bruk av overlevelsedata hindrer dødsfall](#)

En sammensatt forklaring

Forskerne i Kunnskapssenteret undersøkte hvordan overlevelsen har endret seg i perioden 2010–2014. Helgeland konstaterer at overlevelsen har økt for tre av fire indikatorer.

På nasjonalt nivå er det en signifikant økning i overlevelse etter hjerteinfarkt, hjerneslag og totaloverlevelse, men ikke etter hoftebrudd. I analysene er det tatt hensyn til forskjeller i pasientsammensetning mellom sykehus, blant annet alder, kjønn, tidligere innleggelser og samtidige sykdommer (komorbiditet).

– Den økte overlevelsen skyldes sannsynligvis flere forhold, blant annet bedre prehospitaltjenester, medisinsk behandling i sykehus og helseforetakenes kvalitetsforbedringsarbeid, sier seksjonslederen.

Tallene brukes til lokal kvalitetsforbedring

Norske sykehus har kontinuerlig fokus på kvalitetsforbedring. Helgeland forteller at en rekke sykehus og helseforetak har benyttet tall fra Kunnskapssenteret i sitt forbedringsarbeid, og enkelte sykehus har endog bedret overlevelsen siden rapporteringen startet i 2011.

– For sykehuset i Kristiansand ser vi en bedring i totaloverlevelse for perioden, spesielt det siste året. For sykehuset i Skien er det en jevn økning i overlevelse etter hjerneslag i femårsperioden. Fra å ligge signifikant under gjennomsnittet i 2010, ligger sykehuset nå over gjennomsnittet i 2014, forklarer han.

Skien: Tok tak i hele pasientforløpet

[Fagdirektør Halfrid Waage ved Sykehuset Telemark HF](#) sier at det ligger mye godt arbeid bak den økte overlevelsen etter hjerneslag. Fagmiljøet og ledelsen arbeidet målrettet sammen om de ulike delene av pasientforløpet – fra forebyggende arbeid til akuttbehandling og rehabilitering i ulike faser. De kvalitetssikret prosedyrene og retningslinjene og laget en behandlingslinje for slagbehandling. At sykehuset var pilotprosjekt for slagbehandling i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen var en sterk motivator i starten.

– Overlevelsen de første 10–14 dagene mens pasienten er i sykehus ble raskt bedre, mens den fremdeles er for lav etter utskrivning. Bedre samhandling med kommunene er derfor et viktig satsingsområde. Sykehuset har fått midler til et prosjekt om gode rehabiliteringsforløp, der slagpasienter er en prioritert pasientgruppe. I den siste tiden har vi også tatt i bruk simuleringstrening for å kvalitetssikre akuttbehandlingen, sier Waage.

Avhengig av flere kvalitetsindikatorer

Jon Helgeland understreker at en kvalitetsindikator alene ikke kan beskrive behandlingskvaliteten ved et behandlingssted.

– Ved å vurdere flere indikatorer som beskriver relevante sider ved behandlingsstedet, kan man få et inntrykk av den generelle kvaliteten ved virksomheten, sier Jon Helgeland og viser til [Helsenorge.no](#) der alle indikatorene er publisert samlet.

Publisert: 02.02.2016, endret: 02.02.2016, 12:30

Årlig publisering om overlevelse

Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet presenterer årlig publisering om kvalitetsindikatorer for 30-dagers overlevelse etter innleggelse i sykehus:

totaloverlevelse og overlevelse ved førstegangs hjerteinfarkt, hjerneslag og hoftebrudd.

Disse indikatorene er blant mange andre som sykehusene bruker i sitt kvalitetsarbeid.

[Alle kvalitetsindikatorene er publisert samlet på HelseNorge.no](#)

[Les mer om kvalitetsindikatorer og kvalitetsmåling også hos Kunnskapssenteret](#)

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2016-1. Stikkord: Sykehusbehandling. Overlevelse.



Flere unge bruker antidepressiva

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117660>.

Flere unge bruker antidepressiva enn for ti år siden. Dette viser en ny studie som Folkehelseinstituttet har gjort i samarbeid med Høgskolen i Hedmark. Studien viser også at færre barn i 1-2-årsalderen får sovemidler.

Studien er den mest omfattende oversikten over trender i bruk av psykofarmaka blant barn og unge i Norge. Psykofarmaka omfatter blant annet legemidler for depresjon, søvnvansker og ADHD. Dette er den største studien som hittil er gjort i Norge på dette området.

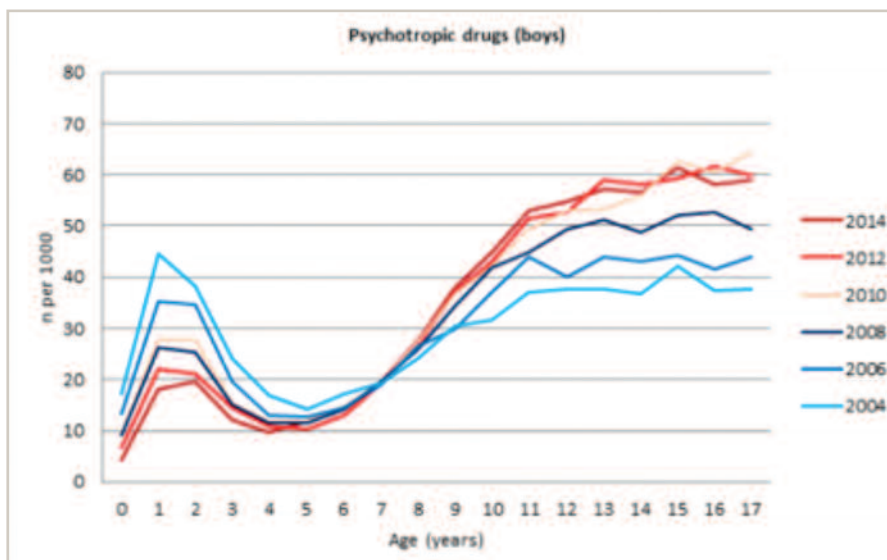
Forskerne har brukt data fra Reseptregisteret. De har studert uttak av reseptbelagte psykofarmaka blant barn og unge under 18 år i perioden 2004-2014.

Bruk av et psykofarmaka er i denne studien definert som uttak av minst én resept i løpet av et år på følgende legemidler:

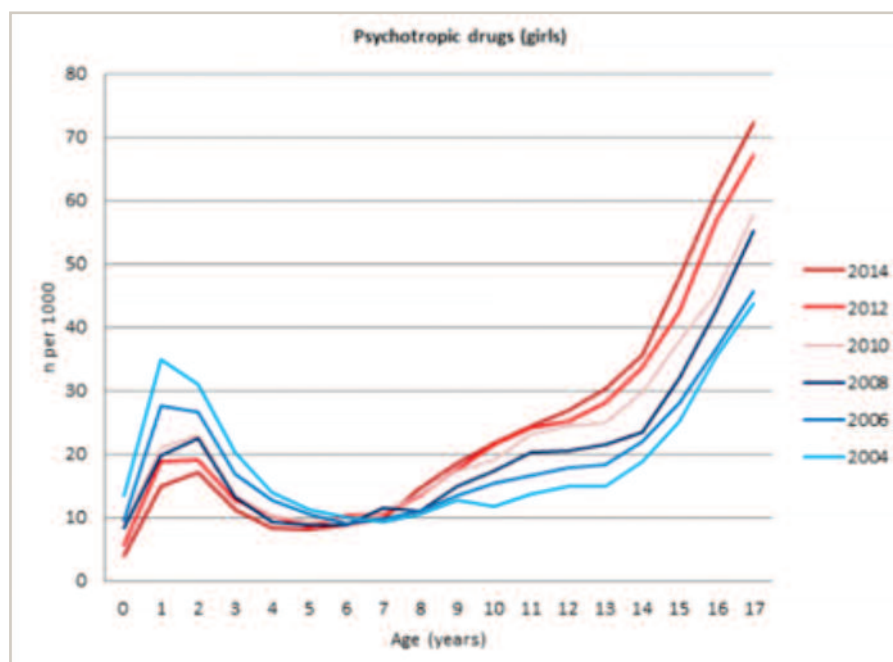
- sovemiddel inkludert alimemazin (Vallergan)
- midler mot depresjon (antidepressiva)
- midler mot psykose (antipsykotika)
- angstdempende midler (anxiolytika)
- midler i behandling av ADHD

Resultatene viser at det har vært en økning i totalbruken av psykofarmaka i alderen 0-17 år (se figur 1 og 2). Når det gjelder de ulike gruppene psykofarmaka, har det imidlertid vært ulik utvikling i forskjellige aldersgrupper. Resultatene viser to hovedtrender:

- Blant eldre barn og ungdom har det vært en økende bruk av psykofarmaka som særlig kan tilskrives økende bruk av sovemidler, legemidler ved ADHD, samt bruk av antidepressiva særlig blant jenter (15 år og eldre). I 2014 hentet 7 prosent av alle 17 år gamle jenter ut en resept på et legemiddel mot psykiske lidelser. I 2004 var andelen 4-5 prosent.
- Blant de yngste, 1-2 åringene, er bruken av psykofarmaka mer enn halvert i perioden, noe som skyldes at bruken av alimemazin (Vallergan) i behandling av søvnproblemer har gått kraftig ned.



Figur 1 (over): Total psykofarmakabruk blant gutter (1 års bruk)



Figur 2: Total psykofarmakabruk blant jenter (1 års bruk)

Økt bruk av antidepressiva blant tenåringsjenter

Bruk av antidepressiva gikk ned fra 2004 til 2006, for deretter å stige hvert år fram til i dag (se figur 3 og 4). Dette kan skyldes at det i 2004-2005 gikk ut advarsler om økt selvmordsfare ved bruk av antidepressiva blant unge.

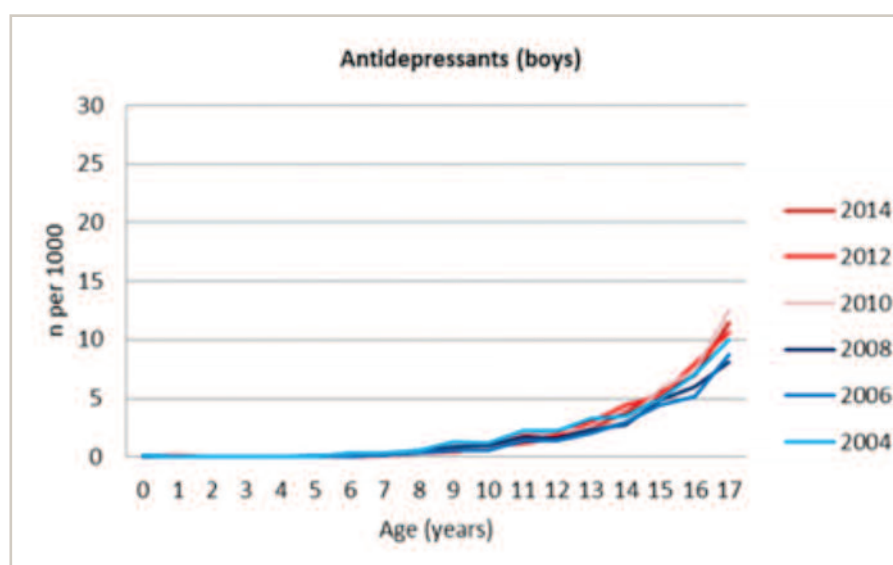
I 2009 ble det første antidepressivmiddelet godkjent for bruk blant unge i Norge. Retningslinjer for behandling anbefaler forsiktig bruk blant barn og unge med moderat til alvorlig depresjon, og alltid sammen med samtalebehandling eller annen ikke-medikamentell behandling.

Andelen 17 år gamle jenter som hentet ut en resept på et antidepressiva i 2014 er nesten fordoblet sammenlignet med bunnivået i 2006. Opp mot 3 prosent av alle 17 år gamle jenter hentet ut en resept på et antidepressiva i 2014, sammenlignet med om lag 1 prosent av de jevnaldrende guttene.

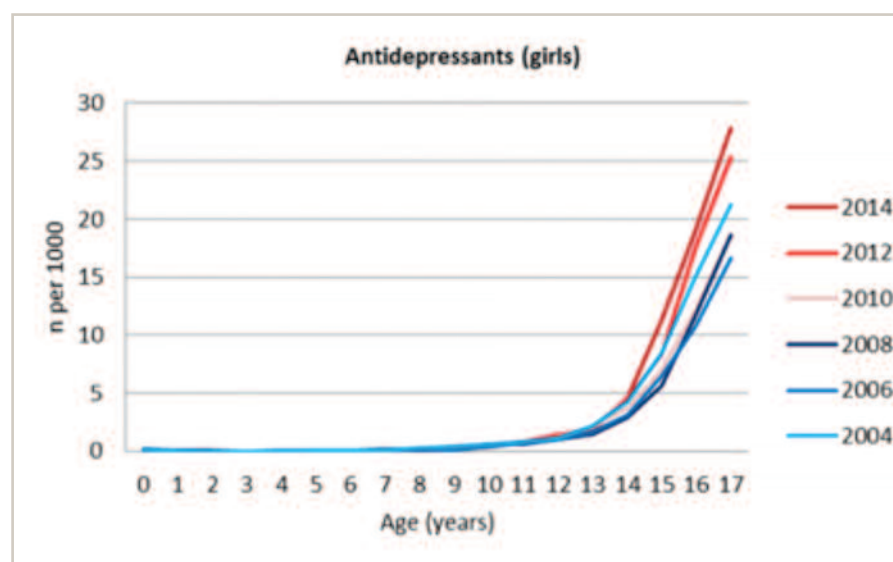
– Den siste økningen i bruk av antidepressiva kan skyldes at det har vært et fokus på at ubehandlet alvorlig depresjon også kan gi økt selvmordsfare. Det er viktig å se økningen i bruk i lys av hvor mange unge som faktisk har en alvorlig behandlingstrengende depresjon.

En rapport fra Folkehelseinstituttet oppgir at opp til 5 % av ungdom har såpass alvorlige depressive symptomer at de har en diagnostiserbar depressiv lidelse, sier førsteforfatter av studien, Ingeborg Hartz.

Se også: [Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv - rapport 2009:8](#)



Figur 3 (til venstre): Bruk av antidepressiva blant gutter (1 års bruk)



Figur 4: Bruk av antidepressiva blant jenter (1 års bruk)

Nedgang i bruk av sovemedisin blant de yngste

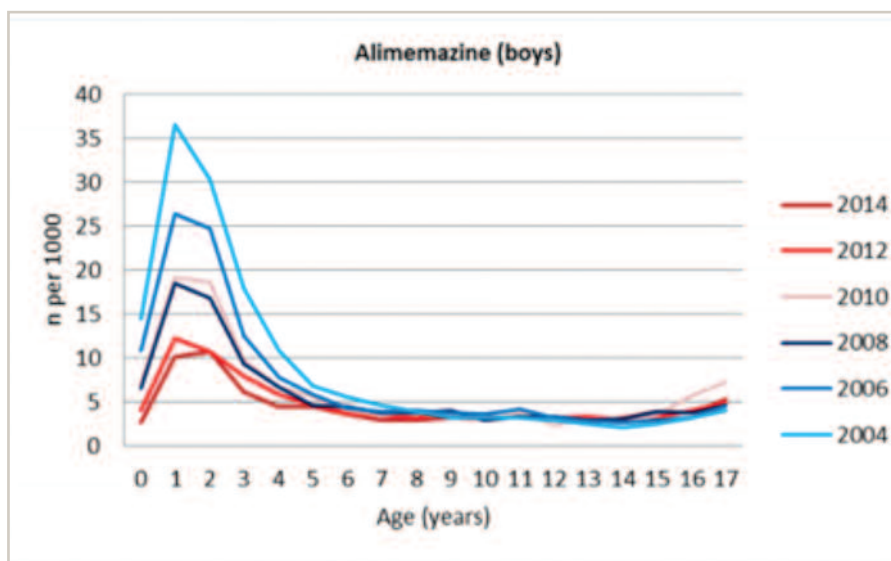
(se figur 5 og 6, neste side)

Nedgangen i bruk av legemidler blant de aller yngste barna (1-2 år) kan tilskrives en kraftig nedgang i bruk av sovemedisinen Vallergan, som opprinnelig er et middel i behandling av allergi.

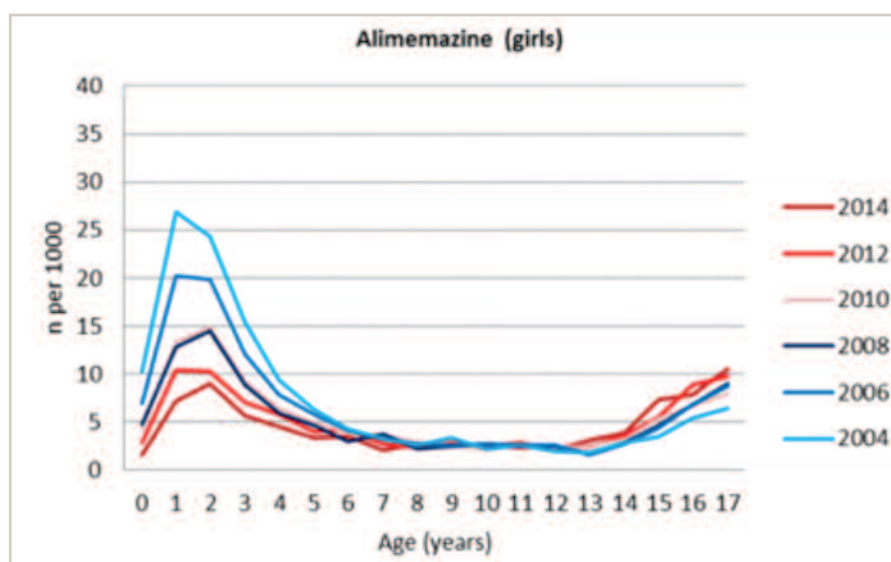
Bruken av Vallergan har vært omfattende i mange år, til tross for at det ikke har vært godkjent til bruk blant barn under 2 år.

– Nedgangen i bruk av sovemedisinen Vallergran er en svært gledelig utvikling og kan kanskje skyldes økt omtale i media om denne uheldige behandlingstradisjonen som er spesiell for Norge. Nedgangen i bruk av Vallergran ser ikke ut til å være kompensert ved en høyere bruk av andre sovemidler blant de yngste, noe som tilsier at bruk av legemidler ved søvnproblemer blant små barn er blitt mindre vanlig, sier Hartz.

– Bruk av psykofarmaka blant barn og unge er generelt omdiskutert, og en oversikt over utvikling i bruk kan danne grunnlag for viktige diskusjoner i helsevesen og i samfunn for øvrig, avslutter Hartz.



Figur 5 (til venstre): Bruk av sovemedisin blant gutter (1 års bruk)



Figur 6: Bruk av sovemedisin blant jenter (1 års bruk)

Referanse

I Hartz, S Skurtveit, AK Myhre Steffenak, Ø Karlstad and M Handal (2016) [Psychotropic drug use among 0–17 year olds during 2004–2014: a nationwide prescription database study](https://doi.org/10.1186/s13052-016-0161-1). BMC Psychiatry 2016, published online 29 January 2016
Publisert: 02.02.2016, endret: 04.02.2016, 09:59

Referansekode i 'Helserådet': PSY 2016-5. Stikkord: Antidepressiva. Barn og unge.

Smitteverndagene 2016, Oslo 4. og 5. april

Påmelding og foreløpige programtemaer

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117616>.

Vi minner om årets Smitteverndager som arrangeres på Radisson Blu Plaza Hotel i Oslo 4. og 5. april, med start mandag kl. 10.00 og avslutning tirsdag kl. 15.00. Man kan nå melde seg på konferansen via internett. Påmeldingsfristen er 4. mars.

Smitteverndagene er primært beregnet for smittevernansvarlig lege i kommunen og andre som arbeider med smittevern i kommunene. Andre interesserte er velkomne til å melde seg på. Konferansen søkes godkjent som emnekurs for videre- og etterutdanning for spesialitetene allmennmedisin og samfunnsmedisin og for merittering til klinisk spesialist i sykepleie/ spesialsykepleie. Endelig program vil bli lagt ut på våre nettsider i løpet av kort tid. Smitteverndagene er et samarbeid med Smittevernlegene.

Noen foreløpige temaer er:

- Omorganisering av den sentrale helseforvaltningen – betydningen for smittevernet i kommunene
- Smittevern i kommunene
- Smittevern i forbindelse med økt tilstrømning av asylsøkere
- Utbrudd
- Antibiotikaresistens
- Vaksineforebyggbare sykdommer
- Tuberkulose
- Hepatitt
- HIV og seksuelt overførbare sykdommer
- Smittevern på kommunale helseinstitusjoner
- Nyheter fra FHI

Påmeldingsfristen er 4.mars. Kursavgiften på 1 800 kroner inkluderer lunsj begge dager. Du melder deg på konferansen ved å fylle ut skjema ved å klikke på lenken under.

- [Påmelding Smitteverndagene 2016](#)

Deltakerne må selv ordne med evt. overnatting. Det er reservert et antall rom på Radisson Blu Plaza Hotel i forbindelse med konferansen. Dersom man ønsker å benytte seg av tilbudet kan man reservere rom ved å booke direkte på hotellets hjemmeside www.radissonblu.com/plazahotel-oslo og benytte "Promotional Code" **SM2016** under "more options". Reservasjoner kan også gjøres per telefon til 02525 eller per email reservations.plaza.oslo@radissonblu.com for å få avtalt pris må koden **SM2016** oppgis. Hotellet har laget et skriv vedr. dette overnattingstilbudet:

- [Smitteverndagene 2016 Hotellinformasjon](#)

Har du spørsmål vedrørende påmelding, kan du sende en e-post til msis@fhi.no. Påmeldingsfristen er 4.mars og fra denne dato anser vi påmeldingen som bindende og påmeldte vil bli fakturert da vi er økonomisk forpliktet overfor konferansehotellet.

Publisert: 29.01.2016, endret: 29.01.2016, 14:12

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016-34. Stikkord: Smitteverndager.

Kurs i utbruddsetterforskning - Oslo, 6. april 2016

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117613>.

I forbindelse med smitteverndagene arrangerer Folkehelseinstituttet kurs i utbruddsetterforskning onsdag 6. april fra klokken 9-17. Påmeldingsfrist er 1. mars.

Kurset har begrenset antall plasser. Alle som melder seg på vil få beskjed om de har fått plass innen 15. mars. Du melder deg på kurset ved å fylle ut skjemaet nedenfor:

- [Påmelding kurs utbruddsetterforskning 2016](#)

Kurset omfatter:

- Trinn i en utbruddsetterforskning; oppdage, verifisere, karakterisere, og å finne årsakssammenhenger, samt betydningen av tverrfaglig samarbeid og laboratorieundersøkelser.
- Introduksjon til ulike dataprogrammer som kan benyttes i en utbruddsetterforskning.
- Tips til mediehåndtering under utbrudd

Etter endt kurs skal deltakerne ha kunnskap om beskrivende epidemiologi og systematisering av data for oppklaring av utbrudd, samt praktiske utfordringer kommunelegen ofte står overfor i en utbruddssituasjon.

Kurset er en kombinasjon av forelesninger og gruppearbeid basert på reelle eksempler fra etterforskning av ulike utbrudd i Norge. Målgruppen er først og fremst kommuneoverleger med smittevernansvar, men avhengig av pågangen vil også andre med ansvar i utbruddsetterforskning kunne få plass.

Kurset er gratis og det søkes Legeforeningen om godkjenning for valgfri kurs innen spesialitetene allmennmedisin, samfunnsmedisin, infeksjonsmedisin og medisinsk mikrobiologi.

Publisert: 29.01.2016, endret: 29.01.2016, 14:15

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016-35. Stikkord: Utbrudd. Utbruddsetterforskning.

Leveranse med poliovaksine forsinket, forventet tilgjengelig uke 8

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117679>.

Som informert om tidligere er Folkehelseinstituttet for tiden tom for poliovaksine. Leveransen vi skulle fått i slutten av januar er utsatt til uke 7. Hvis alt går etter planen kan vi sende ut poliovaksine til vaksinatorer i uke 8.

Folkehelseinstituttet restnoterer bestillinger, og sender vaksinen så fort den blir tilgjengelig. Vaksinatorer som ikke ønsker restnotering må gi oss beskjed.

Publisert: 03.02.2016, endret: 03.02.2016, 11:53

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016-37. Stikkord: Poliovaksine.