

15. april 2016, 24. årgang

# Helserådet

Nytt om samfunnsmedisin og  
folkehelsearbeid

- Komplette innholdsfortegnelse  
s. 2
- Tilsynsmelding 2015 fra Helsetilsynet  
s. 3
- Langvarig fullamming gir ikke helsefordeler for mor eller barn  
s. 4
- Denne helsedagen fungerer  
s. 7
- Ikke lett å redusere digital mobbing  
s. 11
- Nytt om dødsårsaksregisteret  
s. 12
- Interessegrupper og lokal alkoholpolitikk  
s. 15



# Helserådet

## INNHold NR. 8/16

Tilsynsmelding 2015 fra Helsetilsynet .....	3
Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen.....	3
Langvarig fulllamming gir ikke helsefordeler for mor eller barn .....	4
Japanske kostråd ga lengre liv.....	4
Tenåringer deler for det meste usunn mat på Instagram .....	5
Innvandrere får dårligere helse jo lengre de bor i Norge .....	5
Færrest hjertelidelser blant oslofolk .....	6
Denne helsedagen fungerer .....	7
Snøen går, svevestøvet kommer .....	8
Fjord i Porsgrunn er renere – men tydelige spor av gammel industri .....	8
Nedgang i hoftebrudd .....	9
Bedriftshelsetjenesten må tenke nytt .....	9

## NYTT FRA WWW.FHI.NO, FOLKEHELSEINSTITUTTET

Ny rapport: Ikke lett å redusere digital mobbing.....	11
En av seks eldre blir reinnlagt i norske sykehus.....	12
Dødsårsaksregisteret: Digitaliserer dødsmeldingene og informasjonsflyten .....	12
Bli med på Verdens håndhygienedag 5. mai 2016.....	14
Interessegrupper bruker forskning for å påvirke lokal alkoholpolitikk.....	15
Borreliose: alternativ diagnosemetode ubrukelig .....	16

### Helserådet

Nytt fra Helsebiblioteket, emnebibliotek samfunnsmedisin og folkehelse  
Postboks 7004 St. Olavs plass, 0130 Oslo.

Utgiver: Helsebiblioteket, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.  
<http://www.helsebiblioteket.no/samfunnsmedisin-og-folkehelse>

ISSN 0806 - 7457

Redaktør: Anders Smith, spes. i samfunnsmedisin, M. Sc. E-post: [Anders.Smith@fhi.no](mailto:Anders.Smith@fhi.no). Tlf. 92 89 56 16.

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

Layout: ASAP Media

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

Forsiden: Håndvask! Se artikkel side 14.

## Tilsynsmelding 2015 fra Helsetilsynet

Helsetilsynet har nylig utgitt sin tilsynsmelding for 2015. Nedenfor følger innholdsfortegnelsen i alfabetisk rekkefølge. Man kommer til den enkelte artikkel direkte ved å klikke på tittelen i oversikten. Alternativt kan man gå inn på [Tilsynsmelding 2015 \(pdf\)](#)

[Akseptabel svartid i AMK Oslo og Akershus 10 sek](#)

[Eigenvurdering – meir forbetningsarbeid enn kontroll.](#)

[Heimefødsel – kva ventar vi av den ansvarlege jordmora?](#)

[«Hvis du ser, hører og forstår har du gjort mye mer enn du tror!» Om barn og unges involvering i tilsyn!](#)

[Informasjonssvikt mellom sjukehus og kommunar](#)

[Mange bekkar små ...](#)

[Når helsepersonell har ein avgrensa autorisasjon.](#)

[Og elles meiner Statens helsetilsyn at ...](#)

[Publikasjonar frå Helsetilsynet 2015](#)

[Risikovurdering med stort engasjement for brukarane](#)

[Same typen funn i tilsyna med sosiale tenester](#)

[Stenging av akuttavdeling ved barnevernsinstitusjon](#)

[Strengt krav til informasjon og samtykke ved forskning på menneske](#)

[Suspensjon av autorisasjon som helsepersonell](#)

[Tal og fakta 2015](#)

[Tilsyn med korleis akuttmottak følgjer opp blodforgiftingar](#)

[Tilsyn og læring etter at tiåring døydde. Fylkesmannen i Oslo og Akershus](#)

[Tilsyn på omsorgssenter for einslege mindreårige asylsøkjjarar. Korleis er det, og korleis blir det?](#)

[Ulike verkemiddel i arbeidet med førarkort og helsekrav](#)

[Ventelistesaka – Vestre Viken HF har lagt ned eit betydelig arbeid for å hindre nye lovbrøt](#)

[Viktig informasjon, argument og hjertesukk – stemma til pårørande i tilsynssaker og pasientrettsklager](#)

[«Vårt tilsyn – din tryggleik»](#)

Referansekode i 'Helserådet': KVA 2016-5. Stikkord: Tilsynsmelding. Helsetilsynet.

## Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen.

**Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent.**

Oppsummering av Rapport fra Helsetilsynet 1/2016. 8.3.2016.

Statens helsetilsyn oppsummerer i denne rapporten funn fra det landsomfattende til-synet i 2015: *Samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen.*

Når flere tjenester skal samhandle, oppstår det ofte svikt. Ved overgang mellom tjenestenivåene skifter ansvaret for pasientene, og oppgavens innhold og karakter endres. Dette er et kjent risikoområde. For at pasienter som har behov for helsetjenester i hjemmet etter utskrivning fra sykehus skal få sammenhengende, gode og trygge tjenester, må sykehus og kommune samhandle.

Tilsynet avdekket at pasienter fikk for lite informasjon om behandlingen på sykehuset og hva som skulle skje når de kom hjem. Tilsynet viste også alvorlig svikt i samhandlingen mellom sykehus og kommune. Overføring av informasjon mellom sykehus og kommune var det området hvor fylkesmennene fant flest lovbrudd og forbedringsområder. Dette handlet dels om måten informasjon ble oversendt på, men også om mangler ved innholdet, eksempelvis om pasientens helsetilstand, funksjons-vurdering og legemiddelinformasjon. Når vesentlig pasientinformasjon mangler eller er ufullstendig, kan det få alvorlige konsekvenser for den pasientbehandlingen kommunen skal yte.

[Last ned rapporten](#) (pdf)

Referansekode i 'Helserådet': SAM 2016-7. Stikkord: Utskrivning fra spesialisthelsetjenesten.

**INNLEGG**

## Langvarig fullamming gir ikke helsefordeler for mor eller barn

Å komme med en anbefaling om seks måneders fullamming, er som å anbefale at alle barn bør sitte når de er åtte måneder og gå når de er tolv måneder gamle.

Skrevet av: Vibeke Østberg Landaas / Janne Anita Kvammen

**Vibeke Østberg Landaas**, klinisk ernæringsfysiolog ved Barne- og ungdomsklinikken, Oslo Universitetssykehus (OUS) Rikshospitalet  
**Janne Anita Kvammen**, klinisk ernæringsfysiolog ved Barne- og ungdomsklinikken, OUS Rikshospitalet

**I DISSE DAGER** planlegger Helsedirektoratet å publisere nye nasjonale retningslinjer for spedbarnsernæring. Undertegnede sitter i arbeidsgruppen, og vi ønsker å belyse det vi mener er underkommunisert i den nye retningslinjen.

Det omdiskuterte spørsmålet er hvor lenge man bør anbefale norske mødre å fullamme. Kort oppsummert finner man ingen ekstra gevinst av å fullamme i seks måneder på endepunkter som dødelighet, kognitiv funksjon, vekst, overvekt, allergi, cøliaki eller spiseutvikling, sammenlignet med fire måneders fullamming. Når det gjelder mage- og tarminfeksjoner, er det omdiskutert om langvarig fullamming har noen beskyttende effekt for barn i industriland. Forebygging av gastroenteritter fremheves som argument for at mødre bør fullamme i seks måneder.

Se hele artikkelen fra Dagens Medisin ved å gå inn på

[http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/04/01/langvarig-fullamming-gir-ikke-helsefordeler-for-mor-eller-barn/?utm\\_source=apsis-anp-3&utm\\_medium=email&utm\\_content=unspecified&utm\\_campaign=unspecified](http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/04/01/langvarig-fullamming-gir-ikke-helsefordeler-for-mor-eller-barn/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified) .

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2016-35. Stikkord: Fullamming.

## Japanske kostråd ga lengre liv (forskning.no 30.3.2016)

Japanske kostråd er litt ulike våre. Men forskning antyder at japanere lever lenger når de følger dem.

**Ingrid Spilde**, journalist

Det er så klart ikke bare i Norge at myndighetene lager kostholdsråd for befolkningen. Der vi har hatt vår matpyramide, har **Kina sin matpagode** og **Thailand sitt ernæringsflagg** ( Og Japan har siden 2005 hatt snurrebassen (se tre klikkbare lenker).

Mange av elementene i den japanske matsnurrebassen er like våre, som rådet om å spise mye grønnsaker og å unngå for mye fett og salt. Men det er også enkelte forskjeller.

Den japanske modellen anbefaler å spise mye kornbasert kost som ris, brød og nudler. Men i motsetning til oss har de ingen råd om å velge fullkorn og upolert ris.

Og frukt er skilt fra grønnsakene i en egen kategori, mens fisk, kjøtt og soya er samlet.

Forskning fra andre land har pekt mot at det er en helsegevinst ved å følge rådene som myndighetene gir. Risikoen for å dø av ulike sykdommer er lavere hos de som er flinke til å følge anbefalingene.

Men effekten av den japanske snurrebassen har ikke vært skikkelig undersøkt før, skriver forsker Kayo Kuratani og kollegaene i siste utgave av BMJ.

Se hele artikkelen fra forskning.no ved å gå inn på <http://forskning.no/mat-og-helse/2016/03/japanske-kostrad-ga-lengre-liv> .

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2016-33. Stikkord: Kostråd. Japan.

# Tenåringer deler for det meste usunn mat på Instagram

(forskning.no 1.4.2016)

Bare 22 prosent av bildene deres inneholder frukt og grønt.

**Eivind Nicolai Lauritsen**, journalist

Skandinaviske tenåringer har ikke behov for å fremstå som gulrotknaskende puritanere, iallfall hvis du skal tro Instagram-kontoene deres. Rundt to tredjedeler av bildene skandinaviske ungdommer legger ut på Instagram er av usunn mat, det viser en artikkel publisert i tidskriftet Appetite.

– Det at det deles mange bilder av høykalorimat med lavt næringsinnhold er ikke så overraskende, det er jo sannsynligvis fredags- og lørdagskosen man viser frem, forklarer Christopher Holmberg, førsteforfatter av artikkelen og doktorgradsstipendiat ved Göteborgs Universitet.

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

<http://forskning.no/2016/03/tenaringer-deler-det-meste-usunn-mat-pa-sosiale-medier> .

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2016-34. Stikkord: Tenåringer. Matvaner.

---

## Innvandrere får dårligere helse jo lenger de bor i Norge

(forskning.no 31.3.2016)

Innvandrere har samlet sett rundt 20 prosent lavere risiko for å dø enn den øvrige norske befolkningen. Arbeidsinnvandrere fra Øst-Europa er blant dem med best helse.

**Siw Ellen Jakobsen**, journalist

Forskere har i en ny studie sammenlignet dødeligheten blant innvandrere og personer uten innvandringsbakgrunn. Til det har de brukt registre i Statistisk sentralbyrå.

De har studert dette fra 1990 til 2012, og finner at risikoen for å dø har holdt seg relativt stabil i de to gruppene denne perioden.

### Barnløse og ugifte har lavest dødelighet

Det er godt kjent fra forskningen at folk med lav utdanning dør tidligere enn de med høyere utdanning.

Det å være gift og ha barn beskytter også positivt mot tidlig død.

– Det overraskende i vår studie er at vi finner det motsatte. Vi ser tvert imot at risikoen for å dø er lavest blant de som er barnløse og ugifte, forteller Astri Syse ved Statistisk sentralbyrå.

Hun er hovedforfatter på en artikkel som publiseres i Demographic Research.

### Flest fra Norden og Øst-Europa

I den perioden forskerne har studert kom det flest arbeidsinnvandrere fra de nordiske landene og Øst-Europa til Norge.

– Vi har ikke sett på årsaken til at de kom hit som innvandrere. Men vi vet at polakker og litauere utgjør en stor andel av innvandrerne i denne perioden og antar derfor at det dreier seg om arbeidsinnvandrere.

De ser ut til å belaste helsevesenet vår lite, mener Syse.

– Det kan bety at det er ganske ressurssterke folk som kommer til Norge og at de er her i kort tid. Vi vet ikke om det skyldes at de drar tilbake til hjemlandet sitt om de blir skadet eller syke, eller om de har bedre helse generelt, sier hun.

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

<http://forskning.no/2016/03/innvandrere-far-darligere-helse-jo-lenger-de-bor-i-norge-0> .

Referansekode i 'Helserådet': HST 2016-13. Stikkord: Innvandrere.



**Pasienter på somatiske sykehus, 2015:**

Publisert: 7. april 2016, Oppdatert: 7. april 2016kl. 10:15

## Færrest hjertelidelser blant oslofolk

Hjertelidelser rammer i større grad personer i alderen 60 år og oppover, mens skader i større grad rammer de yngre. Oslo, med sin relativt unge befolkning, har færre hjertelidelser per innbygger enn resten av landet.

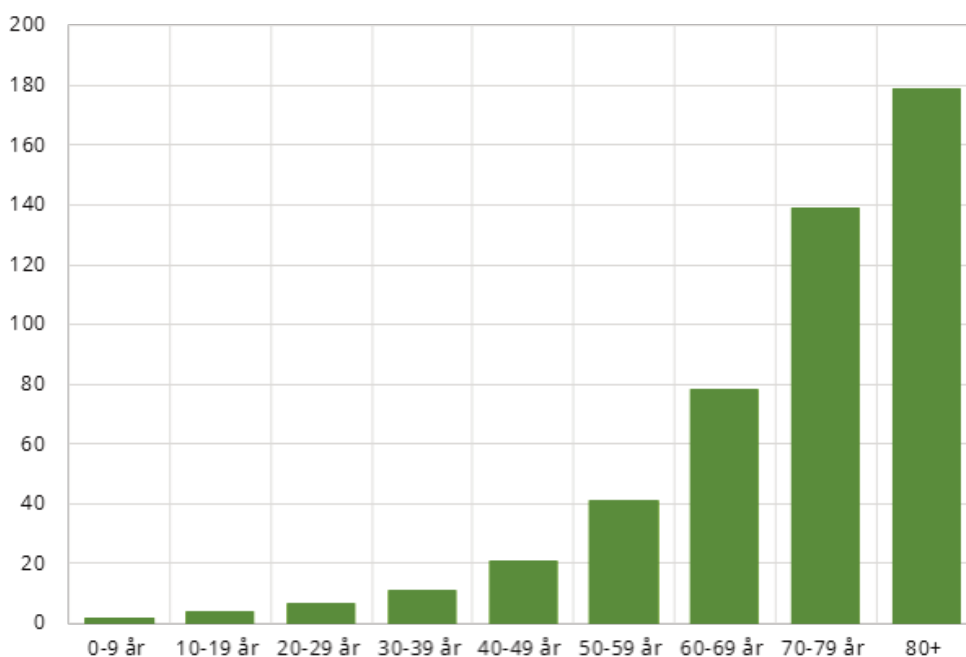
### Antall personer som hadde minst en behandling ved somatiske sykehus, etter kjønn<sup>1</sup>

	2015		
	Begge kjønn	Kvinner	Menn
<sup>1</sup> Samme person kan ha vært til behandling ved mer enn ett behandlingsnivå. Utenlandsbosatte og de med ugyldige kommunenummer er ekskludert. Kilde: NPR			
Pasienter på somatiske sykehus totalt	1 893 507	1 024 904	868 603
Pasienter med døgnopphold	540 761	304 287	236 474
Pasienter med dagbehandling	273 644	152 086	121 558
Pasienter på poliklinikk	1 715 234	931 631	783 603

Kilde: Statistisk sentralbyrå

- [Standardtegn i tabeller](#)

**Figur 1. Pasienter behandlet for hjertelidelser per 1 000 innbyggere, 10-årige aldersgrupper. 2015**



Kilde: NPR.

Rettet 7. april 2016, kl. 10:15

Visse sykdommer rammer i større grad når en blir eldre. Eksempler er kreft og hjertelidelser, som i særlig grad rammer personer i alderen 60 år og oppover. Skader rammer i større grad yngre personer, noe som kan skyldes at de er mer aktive og utsetter seg selv for større risiko enn den eldre garde.

I Oslo er en relativt stor andel av befolkningen mellom 20 og 40 år. Det kan forklare hvorfor det er flere skader per 1 000 innbyggere. På den annen side; Med relativt færre innbyggere i alderen 50 år og oppover, er det færre enn i landet ellers som får behandling for blant annet hjertelidelser.

Sogn og Fjordane, som er det fylket som hadde flest behandlinger for hjertelidelser per innbygger, har en aldersfordeling som nærmest går motsatt vei av Oslo. De har relativt færre innbyggere enn resten av landet i alderen 20 til 40 og flere i alderen 50 og over. Det kan bidra til å forklare forskjeller i hjerterbehandling mellom de to fylkene.

### Flere får behandling på sykehus

Det var 1,9 millioner pasienter som fikk behandling ved somatiske sykehus i Norge i 2015. Sammenlignet med året før er det en økning på 4 prosent.

Det var 5,8 millioner polikliniske konsultasjoner, om lag 350 000 dagbehandlinger og i overkant av 800 000 døgnopphold. Flere kvinner enn menn får behandling på sykehus; Om lag 55 prosent av pasientene er kvinner, uavhengig av hvilken type behandling man ser på. Kvinner er i flertall også når en ser bort fra svangerskap og fødsler.

### Endret registreringspraksis hos Norsk pasientregister

Norsk pasientregister (NPR) har endret registreringspraksis for enkelte behandlinger. Dagbehandling inkluderer nå innleggelser med 0 liggedager (dette ble tidligere definert som døgnbehandling). Dialysebehandling med 0 liggedager (tidligere definert som dagbehandling) defineres nå som poliklinisk kontakt.

Det betyr at de nye tallene SSB publiserer for 2015 ikke er sammenlignbare med tidligere årganger i statistikkbanken når en ser på fordelingen på de ulike behandlingsnivåene. NPR har laget tidsserier etter den nye registreringspraksisen tilbake til 2010. Det er disse tallene en må bruke for å se på utviklingen de siste årene. Disse tallene viser vekst i døgnopphold (0,8 prosent) og polikliniske konsultasjoner (5 prosent) og en liten nedgang i dagbehandlinger (-0,6 prosent).

### Utenlandsbosatte ikke med i statistikkgrunnet

Pasienter som er behandlet i Norge, men som bor utenlands, er holdt utenfor statistikken. Grunnen til det er at statistikken skal gi en oversikt over behandlinger for bosatte i Norge. Antallet utenlandsbosatte som mottok behandling ved somatiske sykehus i 2014, var om lag 16 000. De hadde om lag 4 000 døgnopphold, 1 000 dagbehandlinger og 11 000 polikliniske konsultasjoner.

### Friske nyfødte regnes som pasienter

Det var 44 004 friske nyfødte i 2015, som er inkludert i statistikken. De er med i tallgrunnet, og havner under gruppen pasienter 0–9 år.

Se hele artikkelen slik den er presentert i original: gå inn på <http://www.ssb.no/helse/statistikker/pasient> .

Referansekode i 'Helserådet': HST 2016-14. Stikkord: Hjertelidelser.

## Denne helsedagen fungerer *(forskning.no 3.4.2016)*

Nesten alle dager i året er viet en sykdom eller problem vi skal bli oppmerksom på. Men virker disse fokusdagene? Nå har forskere analysert Google-søk og funnet at en av dem har effekt.

**Anne Lise Stranden**, journalist

Verdens autismedag er rett rundt hjørnet. Det samme er verdens mineryddingsdag og verdens helsedag. Vi har nylig hatt verdens vanndag og verdens kreftdag. Og vi har nettopp hatt Earth Hour, da vi skal slå av lyset for å få fokus på energisparing.

Nesten hver dag i året er spesielt tilegnet en sykdom eller et annet problem. Internasjonale dager er markeringsdager der FN eller tilknyttede organisasjoner som Verdens Helseorganisasjon vil rette oppmerksomhet mot forskjellige temaer og problemområder i verden.

Omtrent hver tredje dag er en slik dag. Men har slike dager noen effekt på oss?

### Sjekket Google-søk og twitter

Det har amerikanske forskere nå brukt nye metoder for å finne svar på.

Tradisjonelle metoder som spørreundersøkelser kan ikke sikkert knyttes til en bestemt hendelse en bestemt dag. En tidligere undersøkelse av slike verdensdager fant i hvert fall ikke noe bevis for at de hadde noen innflytelse.

Men nå har forskere ved San Diego University Graduate School of Public Health brukt såkalte big data og analysert store datamengder for å finne ut om slike verdensdager endrer våre nettvaner.

Helseforskere og dataeksperter målte effekten av røykeslutt-artikler i media og twittermeldinger som oppfordret folk til å slutte å røyke. De målte antall delinger og kommentarer hvert år tilbake til 2009.

Så sjekket de hvor mange som hadde søkt på røykeslutt-temaer på Google og Wikipedia eller som hadde ringt røykeslutt-numre som tilbyr råd om hvordan man skal slutte.

- Les også: [Ny diabetesmedisin kan gi færre dødsfall](#)

### Røykeslutt-dagen har stor effekt

De fant at i hvert fall en dag har stor påvirkning. Den store amerikanske røykeslutt-dagen er en av de eldste helsedagene og er hvert år den tredje torsdagen i november.

– Vi kunne spore hvordan røykeslutt-meldinger spredte seg på sosiale medier, og hvordan mottakerne reagerte ved å søke tilleggsinformasjon om hvordan man kan slutte, sier forskeren Benjamin Althouse i en pressemelding. Han jobber med sykdomsmodellering ved Santa Fe Institute og ledet analysen av studien.

Det var en økning på 61 prosent av nyheter om å slutte å røyke på røykeslutt-dagen sammenlignet med hva de kunne forvente en normal dag. Antall twittermeldinger om temaet økte med 13 prosent.

På denne dagen var røykeslutt-saker i media den nest høyeste av alle dager. Bare slått av nyttårsaften.

- Les også: [Røyking dreper to av tre røykere](#)

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

<http://forskning.no/helse-forebyggende-helse-royking-sykdommer/2016/03/denne-helsedagen-har-effekt-pa-oss> .

Referansekode i 'Helserådet': MET 2016-14. Stikkord: Helsedag. Røykeslutt.

## Snøen går, svevestøvet kommer (forskning.no 5.4.2016)

Så fort veibanen blir fri for snø og is, stiger svevestøvnivået i de fleste norske byer. Hva er det som gjør at våren er høysesong for luftforurensning?

**Christine Forsetlund Solbakken**, kommunikasjonssjef, NILU. En artikkel fra [NILU - Norsk institutt for luftforskning](#).

– Mange av partiklene som nå virvles opp fra veier og gater, har vært bundet opp i snø og is gjennom vinteren, forklarer forsker Ingrid Sundvor fra NILUs avdeling for by og industri.

Når snø og is forsvinner fra veier og grøftekanter, blir flere måneders støvsamling sluppet løs. Og om det blåser, forsterkes oppvirvlingen. Da kan svevestøvet føres både høyt opp og langt av sted.

Astma- og Allergiforbundet (NAAF) skulle derfor gjerne sett at veiene ble vasket mye tidligere enn det de gjør nå. Mange steder vaskes ikke veiene før i mai, mens snøen forsvinner i mars.

– Mye av forurensingen kan rett og slett feies vekk for å bedre nivåene. Feiing og rengjøring av veier og offentlig rom er viktig ikke bare av estetiske grunner, men også rent medisinske. Selv ørsmå partikler som lett kan trenge inn i kroppen, er påvirket av tyngdekraften og samles på bakken som skitt og smuss. Om dette ikke fjernes vil det hele tiden virvles opp igjen og bidra til at luften holdes dårlig, sier assisterende generalsekretær i NAAF, Bo Gleditsch.

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

<http://forskning.no/2016/04/snoen-gar-svevestovet-kommer> .

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2016-17. Stikkord: Veitrafikk. Svevestøv.

## Fjord i Porsgrunn er renere – men tydelige spor av gammel industri (forskning.no 6.4.2016)

Nesten 90 år med industriaktiviteter i nærområdet setter sine spor. Gunneklevfjorden i Porsgrunn er på bedringens vei, men fremdeles sterkt forurenset.



**Harald Bonaventura Borchgrevink**, rådgiver. En artikkel fra [Norsk institutt for vannforskning \(NIVA\)](#)

Vestsiden av Gunneklevfjorden i Porsgrunn kommune består av den opprinnelige halvøya Herøya, som er formet og utvidet av flere ekspanderinger av Norsk Hydros fabrikkkanlegg. Hydro har drevet industriell produksjon på Herøya siden 1929 – og etterlatt tydelige fotavtrykk i vannmiljøet.

En ny rapport viser at forurensningstilstanden i fjorden er mye bedre, men at det samtidig er langt igjen før en eventuell friskmelding. Rapporten er utarbeidet av Norsk institutt for vannforskning (NIVA), i samarbeid med NGI, på oppdrag fra Norsk Hydro.

Se hele artikkelen inkludert en del relatert materiale fra forskning.no ved å gå inn på <http://forskning.no/hav-og-fiske-forurensning-miljogifter/2016/04/fjord-i-porsgrunn-er-renere-men-fortsatt-tydelige-spor>.

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2016-18. Stikkord: Industriforurensning.

**DAGENS**  
**Medisin** 6.4.2016

## Nedgang i hoftebrudd

Ny studie viser at insidensen av hoftebrudd blant kvinner har gått ned med 20,4 prosent fra 1999 til 2013.

Mari Rian Hanger, [mari.rian.hanger@dagensmedisin.no](mailto:mari.rian.hanger@dagensmedisin.no)

Blant menn har insidensen gått ned med 10,8 prosent, viser studien, som er publisert i [Osteoporosis International](#).

En studie fra samme forskningsgruppe ble publisert i 2012, og viste at forekomsten av hoftebrudd hadde gått ned fra 1999 til 2008. Denne nye studien viser at nedgangen fortsetter fram til 2013.

– Nå ser vi også en klarere nedgang hos menn enn vi gjorde fram til 2008, sier førsteforfatter Anne Johanne Sjøgaard ved Folkehelseinstituttet.

### Færre røyker

Se hele artikkelen fra Dagens Medisin ved å gå inn på [http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/04/06/nedgang-i-hoftebrudd/?utm\\_source=apsis-anp-3&utm\\_medium=email&utm\\_content=unspecified&utm\\_campaign=unspecified](http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/04/06/nedgang-i-hoftebrudd/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified).

Referansekode i 'Helserådet': SKA 2016-9. Stikkord: Hoftebrudd. Fractura colli femoris.

**DAGENS**  
**Medisin** 5.4.2016

### PRIMÆRHELSETJENESTE

## – Bedriftshelsetjenesten må tenke nytt

– Bedriftshelsetjenesten bør bruke mer tid på å hjelpe folk til livsstilsendringer, sier Terje Halvorsen i Stamina Group.

Mari Rian Hanger, [mari.rian.hanger@dagensmedisin.no](mailto:mari.rian.hanger@dagensmedisin.no)

Terje Halvorsen er direktør for folkehelse i Stamina Group, som leverer bedriftshelsetjenester. Han mener at bedriftshelsetjenestene i større grad bør påvirke livsstilen til arbeidstakerne.

– Det er en sammenheng mellom jobbprestasjoner og helse. Helsemyndighetene er stadig mer opptatt av forebygging i folkehelsearbeidet, og arbeidslivet er en viktig arena. Derfor må bedriftshelsetjenestene tenke nytt, sier Halvorsen, som er idrettslege og spesialist i muskel- og skjelettsykdommer.

### For lite forebygging

Han mener bedriftshelsetjenestene i dag jobber for lite med forebygging av livsstilssykdommene, og at ressursene må omprioriteres.

– I dag er det mye oppmerksomhet om sikkerhet og det lovpålagte HMS-arbeidet i bedriftshelsetjenestene. Det er selvsagt også viktig, men arbeidslivet har forandret seg. I dag er kanskje det største problemet at mange har så stillesittende arbeid. Bedriftshelsetjenestene må endre seg i takt med utviklingen i arbeidslivet, mener han.

#### **Ønsker sunnere livsstil**

Se hele artikkelen fra Dagens Medisin ved å gå inn på [http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/04/05/-bedriftshelsetjenesten-ma-tenke-nytt/?utm\\_source=apsis-anp-3&utm\\_medium=email&utm\\_content=unspecified&utm\\_campaign=unspecified](http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/04/05/-bedriftshelsetjenesten-ma-tenke-nytt/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified) .

Referansekode i 'Helserådet': ARB 2016-5. Stikkord: Livsstil.

Ny rapport:

## Ikke lett å redusere digital mobbing

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=118446> .

Tiltak mot digital mobbing har gitt liten reduksjon i mobbingen. Det viser en gjennomgang av internasjonal forskning på effekter av tiltak mot digital mobbing. Ingen norske tiltak er evaluert.

– Ingen av de 17 tiltakene som var blitt evaluert kunne vise til overbevisende resultater på reduksjon i digital mobbing. Studiene som rapporterte sterkest effekt var også beheftet med høy risiko for systematiske skjevheter, sier Simon Øverland, forsker ved Folkehelseinstituttet.

Øverland leder en forskningsgruppe som har skrevet rapporten «[Digital mobbing – kunnskapsoversikt over forskning på effekter av tiltak](#)». Rapporten inneholder en systematisk oversikt over evalueringer av eksisterende tiltak rettet mot digital mobbing, og en vurdering av kvaliteten på evalueringene. Målet er å gi en oversikt over kunnskapsgrunnlaget for eksisterende tiltak mot digital mobbing (mobbing på nett og mobil).

Funnene i rapporten kan oppsummeres i følgende hovedpunkter:

- Tiltakene rettet seg i hovedsak mot barne- og ungdomstrinnet (aldersgruppen 10 til 15 år). Fem av studiene var gjennomført med elever på videregående skole og studenter.
- De fleste av tiltakene var skolebaserte og universelle.
- Omfanget av tiltakene varierte i stor grad. Mens noen av tiltakene bare inkluderte en informasjonsvideo, inneholdt andre systematisk arbeid med tiltaket i opptil et skoleår og inkluderte virkemidler rettet mot både elever, ansatte i skoler og foreldre (f.eks. KiVa, ConRed og Cyber Friendly Schools Program).
- Nesten alle tiltakene er evaluert gjennom kun én studie. Unntaket er No trap! som er evaluert gjennom to.
- Fire av studiene er gjennomført i USA, to i hvert av landene Tyskland, Spania, England, Italia og Australia og en i hvert av landene Finland, Hellas, Østerrike, Belgia, Tyrkia og Taiwan.
- Forskerne identifiserte to kampanjer fra Norge, men fant ingen evalueringer av dem.
- I vurderingen av studienes kvalitet fant forskerne at 14 av de 18 studiene hadde høy risiko for systematiske skjevheter og én hadde uklar risiko. Blant studier med høy risiko var det tre studier uten kontrollgruppe og fem studier som brukte kvasi-eksperimentelle design. Flere av studiene hadde knappe og uklare beskrivelser av studiepopulasjonen og av hvordan studien var gjennomført.
- I to av de tre studiene som ble vurdert til å ha lav risiko for systematiske skjevheter var fordeling til tiltaks- og kontrollgruppe stratifisert på skolenivå. Det tredje studiet var et laboratorieeksperiment.
- For ti av tiltakene ble det rapportert en nedgang i digital mobbing i tiltaksgruppen sammenlignet med kontrollgruppen. Effektstørrelsen på endringen var middels for to av tiltakene. For resterende tiltak var effektstørrelsen svak eller uklar.
- De fleste studiene hadde relativt kort oppfølgingstid. Syv av studiene målte effekten rett etter tiltaket eller innen en måned etter tiltaket. For to av studiene fremgikk det ikke tydelig hvor lang oppfølgingstiden var. Noen studier hadde lengre oppfølgingstid, tre hadde seks måneder og tre hadde mellom åtte og tolv måneder.

Ingen av tiltakene kunne vise til overbevisende resultater på reduksjon i digital mobbing. Studiene som rapporterte sterkest effekt var også beheftet med høy risiko for systematiske skjevheter. For studiene med lav risiko for systematiske skjevheter var effektstørrelsene svake.

Basert på forskernes vurdering av risiko for systematiske skjevheter kom det finske tiltaket KiVa, det italienske tiltaket Cyber Friendly Schools Program og den eksperimentelle studien av «Five-step Bystander Intervention Model» fra USA best ut samlet sett.

– Vår konklusjon er at det per i dag finnes få studier av tiltak mot digital mobbing og at det er stor variasjon i type tiltak, opprinnelsesland og studiekvalitet. Vi mangler kunnskap på dette feltet, særlig når det kommer til forskning av høy kvalitet, sier Øverland.

Rapporten «[Digital mobbing – kunnskapsoversikt over forskning på effekter av tiltak](#)» er utarbeidet på oppdrag fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.

[Les mer på vår temaside om mobbing](#)

Publisert: 06.04.2016, endret: 06.04.2016, 13:47

Referansekode i 'Helserådet': PSY 2016-8. Stikkord: Mobbing. Digital mobbing.



# En av seks eldre blir reinnlagt i norske sykehus

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=118289> .

Hele 11.000 av 70.000 eldre pasienter ble akutt reinnlagt i norske sykehus i 2014. Det er store variasjoner mellom de enkelte kommunene og mellom sykehus, viser en ny rapport fra Kunnskapscenteret i Folkehelseinstituttet.

Den nye rapporten «Kvalitetsindikatoren 30 dagers reinnleggelse etter sykehusopphold. Resultater for sykehus og kommuner 2014» utdyper hva som ligger i kvalitetsindikatoren for 30 dagers reinnleggelse, som ble publisert på helsenorge.no i slutten av februar.

Prosjektleder Anja Schou Lindman konstaterer at sannsynligheten for reinnleggelse varierte fra 6,8 til 21,5 prosent mellom kommunene, mens forskjellen er noe mindre for sykehusene – fra 12,7 til 19,7 prosent.



– Det var til dels stor variasjon mellom sykehusene innen de forskjellige diagnosegruppene, sier prosjektlederen.

- [Resultater i interaktivt kart](#)

## Gjelder hver fjerde med kronisk lungesykdom

Lindman forteller at sannsynligheten for å bli akutt reinnlagt avhenger av pasientens innleggingsdiagnose. For å undersøke dette, benyttet man data for 2012–2014. Det er prosentvis flest reinnleggelser etter astma/kols – hele 28,4 prosent.

En betydelig andel blir også reinnlagt etter å ha vært behandlet for hjertesvikt (24,0 prosent) og lungebetennelse (20,4 prosent). På landsbasis utgjør pasienter med brudd den største gruppen med ca. 15.500 behandlingsopphold per år, med en sannsynlighet for å bli reinnlagt på 9,8 prosent.

– Det kan være vanskelig å identifisere årsaker til reinnleggelse og å finne forebyggende tiltak på det enkelte sykehus og i den enkelte kommune. De som har høyere reinnleggelse, bør likevel undersøke nærmere hvilke faktorer som kan forklare og forbedre resultatene, sier Anja Schou Lindman.

## Gjelder utvalgte diagnosegrupper

Indikatoren omfatter pasienter som er 67 år og eldre, og som ble lagt inn på sykehus med en av følgende diagnoser: astma/kronisk obstruktiv lungesykdom (kols), hjertesvikt, lungebetennelse, hjerneslag, brudd, dehydrering, forstoppelse, gastroenteritt, urinveisinfeksjon, mangelanemier og gikt.

Totalt for 2014 var det nesten 70.000 behandlingsopphold i norske sykehus for disse pasientene. I underkant av 11.000 opphold ble etterfulgt av en reinnleggelse, det vil si en akuttinnleggelse mellom 8 timer og 30 dager etter en utskrivning.

- [Kvalitetsindikatoren for 30 dagers reinnleggelse ble publisert på helsenorge.no i slutten av februar.](#)

Publisert: 31.03.2016, endret: 31.03.2016, 10:50

## Se også:

- [2016 - Kvalitetsindikatoren 30 dagers reinnleggelse etter sykehusopphold. Resultater for sykehus og kommuner 2014](#)

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2016-11. Stikkord: Sykehusinnleggelser.

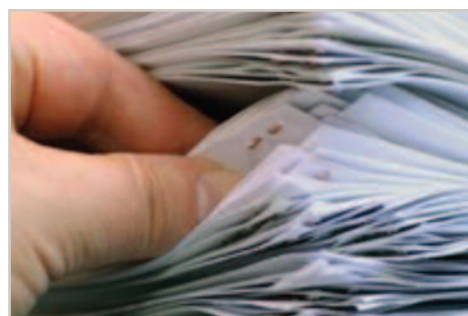
## Dødsårsaksregisteret:

# Digitaliserer dødsmeldingene og informasjon flyten

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=118451> .

Dagens informasjonsflyt om dødsfall er i stor grad papirbasert og arbeidskrevende, men nå har Folkehelseinstituttet fått tilsagn om 15 millioner for å effektivisere og kvalitetssikre informasjonsflyten.

Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi) har med støtte fra kommunal- og moderniseringsminister Jan Tore Sanner gitt tilsagn om 75 millioner kroner til åtte



*DIGITALISERES: Det skal snart bli slutt på å sende meldinger om dødsfall per post. Illustrasjonsfoto: Colourbox.com*

statlige digitaliseringsprosjekter, som samlet skal spare samfunnet for milliardbeløp. Blant dem er effektivisering av informasjons- og meldingsflyten etter dødsfall, som i dag er hundre prosent papirbasert – og som direkte involverer et tyvetalls offentlige etater.

Folkehelseinstituttet har fått tilsagn om 15 millioner kroner over en treårsperiode mot å stille med samme beløp selv. De første to millionene vil bli utbetalt i år, så fort instituttet har levert en plan for hvilke gevinster prosjektet vil medføre.

– Digitalisering av informasjonsflyten etter dødsfall vil gi en mer fullstendig og raskere registrering av dødsfall, raskere oppdatering av Folkeregisteret og forhåpentligvis økt kvalitet på Dødsårsaksregisteret, sier overlege Christian Lycke Ellingsen i Folkehelseinstituttets avdeling for helseregisterforskning og utvikling.

### Papirløsningen begrenser mulighetene

Lycke Ellingsen understreker at elektronisk registrering av dødsfall og innmelding av dødsfall og dødsårsaker er en nødvendig forutsetning for raskt å få oppdatert Folkeregisteret og Dødsårsaksregisteret (DÅR):

– Dagens papirbaserte innmelding legger begrensninger på hvor raskt og godt data kan oppdateres i registrene. Den planlagte løsningen vil gi et mer oppdatert og dagsaktuelt dødsårsaksregister som kan brukes i løpende helseovervåking og beredskap. Den vil også sikre kvaliteten på data i registeret.

Dødsårsaksregisteret ble overført fra Statistisk sentralbyrå til Folkehelseinstituttet i 2014. Det ble da laget et nytt datasystem for å håndtere opplysninger i registeret, men det er ennå ikke gjort noe med meldingsgangen til registeret.

– Meldingsflyten er fortsatt helt papirbasert, med post og skanning, og med alle muligheter for forsinkelse, feilsending og feilskrivning. Etter at registeret ble modernisert, kan vi nå starte arbeidet med å modernisere også den eksterne meldingsflyten, sier overlegen.



Overlege Christian Lycke Ellingsen

### Argumentene for digitalisering står i kø

Regjeringens digitaliseringsdirektiv understreker at alle offentlige skjemaer og meldinger med et volum på mer enn 3000 i året i utgangspunktet skal være elektroniske. I Norge er det rundt 40.000 dødsfall årlig, men Lycke Ellingsen sier det er enda flere gode grunner til digitalisere dette meldesystemet:

– Det tar ofte flere uker fra en person dør til Folkeregisteret er oppdatert, og det kan ha betydning for etater som bruker Folkeregisteret. Døde personer kan dessuten bli innkalt til operasjon eller få utbetalt pensjon. Det kan også komme belastende brev til pårørende.

Christian Lycke Ellingsen trekker også fram disse problemene knyttet til papirløsningen:

– Hvert år forsvinner flere hundre dødsmeldinger på veien fra tingrett eller lensmann til Dødsårsaksregisteret, som ikke er så komplett som ønskelig. Det tar også for lang tid fra en person dør til dødsfallet er ferdig kodet i Dødsårsaksregisteret. Dette betyr at registeret i dag ikke er egnet for helseovervåking, for eksempel under en pandemi.

Instansene som etter planen vil få effektivisert sitt arbeid med dødsmeldinger gjennom det planlagte prosjektet for et elektronisk meldingssystem (eDÅR) er: Domstolsadministrasjonen, kirkegårdsmyndighetene, legene, NAV, politiet, Skatteetaten (Folkeregisteret) og Dødsårsaksregisteret.

### Målene for digitaliseringsprosjektet

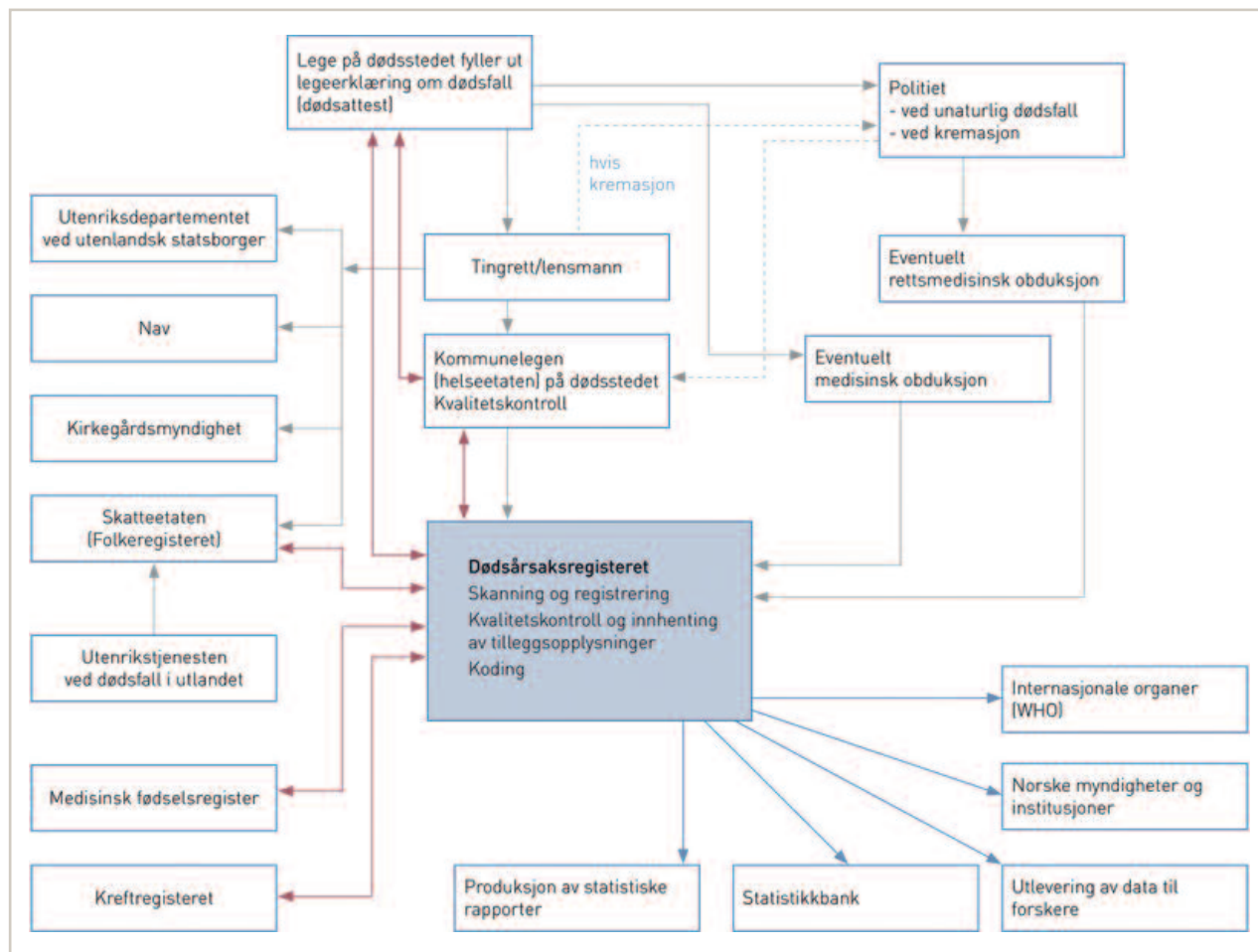
Det nye meldingssystemet skal etter planen være klart innen 2019. Dette er målene for arbeidet i det tverretatlige prosjektet:

- Utvikle løsning for elektronisk registrering og melding av dødsfall, både via internett og elektronisk pasientjournal.
- Endre praksis fra papirskjema til elektronisk melding. Arbeide aktivt for å øke andelen elektronisk innmeldte dødsfall fra alle instanser.
- Sikre at berørte virksomheter forstår og gjør endringer i sine prosesser for å sikre at elektronisk innmelding av død lykkes.
- Integre meldingssystemet med Folkeregisteret. Utvikle en løsning for hvordan dødsmeldingene blir registrert i Folkeregisteret gjennom et tett samarbeid med Norsk helsenett.

### Meldingsflyten etter dødsfall

Dette er dagens meldingsflyt etter et dødsfall

- Legen skriver en erklæring om dødsfall (dødsmelding/«dødsattest») som sendes til tingretten eller lensmannen.
- Ved unaturlig dødsfall eller ønske om kremasjon sendes dødsmeldingen også til politiet.
- Tingretten sender melding til Folkeregisteret, NAV, kirkegårdsmyndighetene og kommunelegen.
- Kommunelegen sender meldingen til Dødsårsaksregisteret.
- Dødsårsaksregisteret kan be henholdsvis kommunelege/lege, Krefregisteret og Medisinsk fødselsregister om ytterligere informasjonen.



Dødsårsaksregisteret skanner, registrerer, kvalitetssikrer, innhenter tilleggsopplysninger og koder dødsmeldingene. Anonymiserte data kan utleveres til statistikkarbeid og forskning, blant annet til produksjon av statistiske rapporter, statistikkbanker, forskning, norske myndigheter og institusjoner og internasjonale organisasjoner, slik som Verdens helseorganisasjon (WHO).

Publisert: 06.04.2016, endret: 06.04.2016, 13:58

Referansekode i 'Helserådet': HST 2016-15. Stikkord: Dødsmeldinger.

## Bli med på Verdens håndhygienedag 5. mai 2016

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=118468>.

Verdens helseorganisasjon (WHO) har etablert 5. mai som Verdens håndhygienedag. Denne dagen oppfordres alle helsearbeidere til å markere at håndhygiene er vårt enkleste og viktigste smitteforebyggende tiltak.

Folkehelseinstituttet, landets fire regionale kompetansesentre for smittevern og representanter fra kommunehelsetjenesten inviterer til nasjonal markering av dagen.

Hovedinnsatsområdet for årets markering vil være implementering av ny nasjonal veileder for håndhygiene og ny temaside om håndhygiene.



Informasjon om aktiviteter, tilgjengelig materiell, hjelpemidler og lenke for påmelding finner du på FHI's nettside:

- <http://www.fhi.no/artikler/?id=118374>

Publisert: 05.04.2016, endret: 06.04.2016, 08:37

Tove Kolset

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016-52. Stikkord: Håndhygiene.

# Interessegrupper bruker forskning for å påvirke lokal alkoholpolitikk

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=118514>.

Ulike interessegrupper plukker forskningsresultater som støtter egne standpunkter og strategier for å påvirke beslutninger om skjenketider for alkohol.

Skjenketider og skjenketidsendringer er ett av de mest debatterte politiske områder i norske kommuner. Likevel finnes det lite forskning om hvordan forskningsbasert kunnskap blir brukt i kommunale rusmiddelpolitiske prosesser.

Alkoholforskere ved Folkehelseinstituttet (tidligere Statens institutt for rusmiddelforskning, SIRUS) har nylig publisert [en vitenskapelig artikkel](#) der de har undersøkt beslutningsprosesser ved politiske vedtak om skjenketider i 24 norske byer (se tabell 1).



Illustrasjonsfoto: colourbox.com

Studien er den første som analyserer hvordan interessekoalisjoner bruker forskning for å påvirke utformingen av lokal alkoholpolitikk.

## Analyserte dokumenter og nyhetsoppslag

Forskerne undersøkte hvorvidt og hvordan politikere og andre aktører brukte forskningsresultater i sin argumentasjon og grunnlag for beslutninger om skjenketider. Forskerne analyserte dokumenter fra beslutningsprosessene og nyhetsoppslag i lokale medier i perioden 2011-2012.

– Vi identifiserte to interessekoalisjoner med forskjellige standpunkter og verdier. Begge koalisjonene brukte forskning i ganske stor grad, både i den offentlige debatten og i formelle beslutningsprosesser, men de brukte forskningen på forskjellige måter, sier Ingeborg Rossow, forsker ved Folkehelseinstituttet.

Den restriktive koalisjonen ønsket kortere skjenketider og vektla folkehelse og trygghet, og til denne koalisjonen hørte politikere i Kristelig Folkeparti, politiet og ACTIS. Denne koalisjonen fremhevet forskning som har vist at redusert skjenketid fører til mindre

vold. Argumentet ble brukt for å redusere skjenketiden eller for å opprettholde redusert skjenketid.

Den liberale koalisjonen, som bestod av politikere i Høyre og Fremskrittspartiet og aktører i utelivsbransjen, vektla individets frihet og næringslivsinteresser. Denne koalisjonen diskrediterte aktivt forskning som har vist at reduserte skjenketider fører til mindre vold. Denne koalisjonen viste også til forskning som har vist at redusert skjenketid fører til mindre omsetning i utelivsbransjen.

Politikere i andre politiske partier og aktører i helse- og sosialtjenesten hadde ingen tydelig tilhørighet i noen av disse koalisjonene.

\* Forskning om effekt av skjenketider på vold og ordensforstyrrelser, inkludert den norske studien (Rossow & Norström, 2012)

\*\* Forskning om effekt av skjenketider på vold og ordensforstyrrelser, men bre internasjonal forskning. De politiske prosessene skjedde før publiseringen av den norske studien (Rossow & Norström, 2012).

Tabell 1

By	Endring i skjenketider 2004	Endringer i skjenketider 2008 /09	Endringer i skjenketider 2011/2012	Bruk av forskning i beslutningsprosess 2011-2012
Arendal		3.00-2.00		Nei
Bergen	2.00-3.00	3.00-2.30	2.30-3.00	Nei
Bodo	2.30-3.00			Ja*, i forslag til kommunestyret
Drammen	2.30-3.00			Ja*, i forslag til kommunestyret
Fredrikstad		2.30-1.30	1.30-2.00	** Ja, men vurdert som irrelevant
Gjøvik		2.00-1.30	1.30-2.00	Ja*, i forslag til kommunestyret
Halden		3.00-2.00		*Ja, I rusmiddelpolitisk handlingsplan
Haugesund		1.30-1.00		Nei
Hamar		2.30-1.30		Ja*, i forslag til kommunestyret
Horten		3.00-2.00		Kanskje§, i forslag til kommunestyret
Kongsberg		3.00-2.00		Nei
Kristiansand		3.00-2.00		Nei
Kristiansund N		3.00-2.00		Nei
Larvik		2.30-2.00		Ja*, i høringsuttalelse fra politiet
Lillehammer	2.00-3.00			Nei
Molde	2.00-3.00	3.00-2.00	2.00-3.00	Nei
Moss		3.00-2.30	2.30-2.00	Ja*, i forslag til kommunestyret
Sandefjord		2.30-2.00		Ja*, I høringsuttalelser fra politi og interesseorganisasjon og I rusmiddelpolitisk handlingsplan
Sandnes	1.30-3.00	3.00-1.30		Ja*, i rusmiddelpolitisk handlingsplan
Sarpsborg		2.30-1.30	1.30-2.00	Ja**, i høringsuttalelser fra politi og helsetjeneste og i forslag til kommunestyret
Stavanger	1.30-3.00	3.00-1.30	1.30-3.00	Nei
Trondheim	2.00-3.00	3.00-2.00		Ja***, i høringsuttalelse fra skjenkenæringen
Tønsberg		3.00-2.00	2.00-3.00	Nei
Alesund	1.00-3.00			Nei

\*\*\* I høringsuttalelsen var det uttrykt en klar mistillit til funnene i den norske studien av skjenketider og vold, og dette ble brukt som argument for å støtte et forslag om utvidet skjenketid.

§ Forslaget var å begrense skjenketiden og var begrunnet med at politi og fagfolk mente at dette ville forebygge vold. Det er uklart om man med 'fagfolk' mente forskere og viste til forskningsbasert kunnskap.

#### Referanse

Ingeborg Rossow, Trygve Ugland, Bergljot Baklien, (2015) "[Use of research in local alcohol policy-making](#)", *Drugs and Alcohol Today*, Vol. 15 Iss: 4, pp.192 - 202

Publisert: 07.04.2016, endret: 07.04.2016, 13:04

Referansekode i 'Helserådet': RUS 2015-9. Stikkord: Skjenketider.

## Borreliose: alternativ diagnosemetode ubrukelig

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=118499>.

Av og til lanseres alternative metoder for å påvise Borreliose og Babesia hos langtidssyke etter flåttbitt. To professorer ved Universitetet i Oslo mente å ha funnet en forbedret mikroskopimetode. Denne metoden anser Folkehelseinstituttet nå som ubrukelig.

Virksomheten til professorene ble stoppet av Helsetilsynet fordi man ikke hadde de rette tillatelsene. Metoden og kritikken fra Helse-tilsynet fikk bred mediedekning. Pasientene og deres organisasjoner var også veldig engasjerte og interesserte i metoden.

Folkehelseinstituttet tok et initiativ og inviterte professorene Laane og Mysterud til å være med på et prosjekt for å evaluere metoden deres. Et samarbeid ble innledet mellom Folkehelseinstituttet og de to professorene. Studien ble godkjent av Regional etisk komite (REK).

Laane og Mysterud ved Universitet i Oslo utførte mikroskopi ved deres metode, og fire mikrobiologiske laboratorier i Norge og i utlandet utførte påvisning av Borrelia og Babesia med PCR-metode (DNA påvisning).

#### Gjennomføring

Det ble rekruttert 21 pasienter med borreliose-lignende plager. Disse hadde tidligere testet positivt på tester med mikroskopi hos professorene på Universitetet.

En gruppe på 41 friske personer uten kjent flåttbitt, ble også rekruttert for å fungere som kontrollgruppe.

Alle blodprøvene ble anonymisert og sendt til ulike laboratorier for analyse:

- Laane og Mysterud mikroskoperte ved sin metode, et annet laboratorium mikroskoperte ved tradisjonell metode for å se etter Babesia. De siste brukte en anbefalt metode for å påvise denne parasitten.
- Fem laboratorier (tre norske, et svensk og et tsjekkisk) brukte ulike molekylære metoder (PCR) for å lete etter Borrelia- og Babesia-DNA.

Studien var såkalt blindet. Det vil si at de som undersøkte prøvene ikke visste om de kom fra pasientgruppen eller fra de friske kontrollene. Dette blir først kjent etter at analysene i studien ble avsluttet.

#### Hva ble funnet?

- Det ble ved metoden til de to professorene - mikroskopi – påvist flere Borrelia- og Babesia-lignende strukturer i blod fra friske enn i blod fra pasienter.
- Ved mikroskopi ble det påvist:
  - o Borrelia-lignende strukturer hos 52 % av pasientene og hos 61 % av kontrollpersonene
  - o Babesia-lignende strukturer ble påvist hos 57 % av pasientene og hos 85 % av kontrollene
  - o Begge strukturene ble påvist hos 43 % av pasientene og hos 59 % av kontrollene.
- I pasientgruppa ble det ikke påvist Borrelia og/eller Babesia med PCR-metode (DNA påvisning). Dette tyder på at det man ser i mikroskopet ikke er Borrelia eller Babesia.

- Det er ingen holdepunkter for at det man ser ved mikroskopi har noe med pasientenes symptomer å gjøre, eller at det man ser er Borrelia/Babesia. Denne mikroskopimetoden egner seg dermed ikke til å diagnostisere pasienter med borreliose eller babesiose, eller til å identifisere pasienter som trenger behandling for disse lidelsene, sier avdelingsdirektør Audun Aase i Område for smittevern, miljø og helse ved Folkehelseinstituttet.

- Hva ser man egentlig i mikroskopet?



- Det er vanskelig å si. Mest sannsynlig er det degraderingsprodukter fra celler og plasma eller såkalte artefakter som f eks lysbrytingsfenomener. Men det er svært lite sannsynlig at det er *Borrelia* eller *Babesia*, sier Aase.

Nå er artikkelen som beskriver prosjektet og resultatene kommet, sammen med en redaksjonell kommentar.

- [Validate or falsify: Lessons learned from a microscopy method claimed to be useful for detecting \*Borrelia\* and \*Babesia\* organisms in human blood.](#) (Audun Aase m fl)
- [Microscopy of human blood for \*Borrelia burgdorferi\* and \*Babesia\* without clinical or Scientific rationale](#) (Ram B. Dessau)

#### Fakta om Lyme borreliose

- Lyme borreliose er den vanligste flåttbårne sykdommen i Norge og ellers i Europa.
- Borreliose forårsakes av spiroketen *Borrelia burgdorferi* sensu lato som kan overføres gjennom flåttbitt.
- Gnagere og andre pattedyr samt fugler er vertsdyr for *Borrelia* bakterien.
- Overføring av smitte til mennesker skjer via skogflått i Norge.
- Erytema migrans (EM) er et lokalt, karakteristisk utslett som kan opptre 3-30 dager etter bittet.
- I tillegg kan man få influensalignende symptomer som uvelhet, slapphet, hodepine og hovne lymfeknuter uten tegn på infeksjon. Feber er ikke vanlig.
- Når det gjelder sykdom som involverer hele kroppen er nevroborreliose det vanligste rapporterte sykdomsbildet i Norge og Europa. Nevroborreliose kan opptre fra to uker til flere måneder etter bitt og det mest vanlige er lammelser i ansiktet.
- Diagnostikk og behandling er utfordrende og stadig utsatt for diskusjon.
- En studie i Sverige (Stingstudien) fra 2011, viste at risikoen for å bli infisert med Borreliose etter å ha blitt bitt av en *Borrelia*-infisert flått var lav.

#### Fakta om Babesiose

- Sykdom hos storfe som overføres med flått (blodpiss, piroplasmose)
- Sykdommen forårsakes av parasitten *Babesia* sp. Sykdommen er kjent hos storfe, men kun diagnostisert på én pasient i Norge. Hos mennesker gir infeksjonen liknende symptomer som malaria; feber, muskelsmerter og hemolytisk anemi.
- Babesiose kan være en alvorlig sykdom hos mennesker, særlig ved redusert miltfunksjon og hos personer med nedsatt immunforsvar.

Publisert: 06.04.2016, endret: 08.04.2016, 09:20

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016-53. Stikkord: Borreliose. Babesiose.