

22. januar 2016, 24. årgang

Helserådet

Nytt om samfunnsmedisin og
folkehelsearbeid

- Komplette innholdsfortegnelse
s. 2 - 3
- Frivillighetens historie i Norge
s. 9
- Astma og allergi og biodiversitetshypotesen
s. 10
- Endringer i alkoholloven
s. 31
- Færre ungdommer snuser og røyker
s. 34
- Sosiale ulikheter i Norge – Nyhetsbrev
s. 39
- Om utviklingen av årets influensa
s. 43

Bare @

Helserådet

INNHold NR. 2/16

Bare @	4
Om folkehelse i 1908	4
Fra Hjemmets Ven 1908	5
Romerne var plaget av lus, lopper og parasitter	8
Pesten gjemte seg i Europa i 300 år	9
Frivillighet Norges historie	9
Hva kan kommunereformen bety for lokalt folkehelsearbeid?	9
Astma og allergi. Miljørettede og forebyggende tiltak.	
«Biodiversitetshypotesen» - et paradigmeskifte?	10
-Vedfyring farligere enn utslipp fra biler	19
Langt igjen til målene i samhandlingsreformen	19
Sjokkregning for øyeblikkelig hjelp	20
Nytt fra Arbeidstilsynets sykdoms- og skaderegister	21
Arbeidsrelatert støy og hjerte- og karsykdom	21
Arbeidsoppgaver som fører til høy eksponering for støv og mikroorganismer i	
kornsiloer og kraftfôrmøller	22
Morsmelk sender genetiske beskjeder til barnet	23
Nytt verktøy for sunne jobbmåltider	23
Stadig mer grønt i kosten – men fortsatt for mye mettett fett	24
Saltpartnerskapet: Et krafttak for folkehelsen	25
Ny nasjonal faglig retningslinje for mat og måltider i skolen	26
Fysisk aktivitet beskytter mot depresjon etter hjerteinfarkt	27
Du får bedre helse i dårlige tider	27
Tverrfaglig suksess med psykolog i kommunen	28
Legens plass i samfunnsdebatten – mediekurs for leger i Bodø 31. mai og 1. juni	28
Kurs i global helse	29
Migrasjon og flyktningehelse	29
Kommuneoverlegens blogg: Folk i folkehelse-vater	29
Nytt fra Helsetilsynet	31
Psykisk helse avgjørende for om du dropper ut av skolen	31
Endringer i alkoholloven fra 1. januar	31
Endringer i alkoholreklameforbudet	32
Rusmiddeltesting- praktiske prosedyrer?	33
Lettere tilgjengelig prevensjon: Utvidet rekvireringsrett for helsesøstre og jordmødre	33
Færre ungdommer snuser og røyker	34
Øyner håp om en fremtid uten røyk	35
Går hardt ut mot e-sigarett studie	35
Danske Sundhedsstyrelsen: Røgfri graviditet	36
Her er det størst risiko for å bli smittet av flaggermus-virus	36
Folkehelseinstituttet rådes til å innføre HPV-vaksine til gutter	36
Behov for mer åpenhet og kunnskap om hiv i arbeidslivet	37
Norsk modell for måling av likestilling brer om seg	38
Sosiale ulikheter i helse – Nyhetsbrev nr. 11 (januar 2016)	39

Forts. neste side

NYTT FRA WWW.FHI.NO, FOLKEHELSEINSTITUTTET

2 artikler om utviklingen av årets influensa.....	43
Nye tall om Down syndrom i Norge	44
Unge kvinner får tilbud om HPV-vaksine	46
Endring i meldingskriteriene for hepatitt C	46
Antall sykehusinfeksjoner går ned	47
Alle sykehjem bør undersøkes for infeksjoner	47
Flere meldinger til Kosmetikkbivirkningsregisteret i 2015, men fortsatt lave tall	48
Folkehelseprofiler 2016 – planlagte publiseringsdatoer	49
2 notiser fra Folkehelseinstituttet om Boostrix Polio	50
DTP-IPV vaksinen Tetraxim tilgjengelig også utenom barnevaksinasjonsprogrammet	50
Kortvarig helt tom for BCG-vaksine	51
Kortvarig tomt for poliovaksine.....	51

Helserådet

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

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

ISSN 0806 - 7457

Redaktør: Anders Smith, spes. i samfunnsmedisin, M. Sc. E-post: smi@helsebiblioteket.no. Tlf. 92 89 56 16.

Web-redaktør: Katrine Rutgersen. E-post: katrine.rutgersen@kunnskapssenteret.no

Layout: ASAP Media

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

Forsiden: Bare @. Helserådet utgis nå bare i elektronisk versjon. Se artikkel s. 4

Bare @

Det er med et visst vemod at jeg må konstatere at det er slutt på utgivelsen av 'Helserådet' på papir. Dette har jeg redegjort for ved flere anledninger tidligere, sist i forrige nummer av 'Helserådet'; se artikkelen der på side 7.

Det er selvsagt svært gledelig at et stort antall personer nå har meldt seg som abonnenter på nyhetsbrev med pdf-utgaven av 'Helserådet'. Dette alternativet har siden 1. januar i fjor vært gratis og har utvilsomt bidratt til at det betalingsbelagte abonnementet på papirversjonen har fått dalende oppslutning. Pdf-løsningen er jo også suveren når det gjelder muligheten for oss «å komme ut i store verden». Med det tenker jeg på alle de lenkene som artiklene i 'Helserådet' inneholder og som gjør det mulig for oss å være bredt orientert innen det store feltet som jo omtales som *folkehelse* og *folkehelsearbeid*.

Når det gjelder begrepet *samfunnsmedisin*, er det min oppfatning at dette er helsearbeidernes bidrag til folkehelsearbeidet. Når jeg foreleser for studenter og andre, omtaler jeg gjerne denne delen av folkehelsearbeidet som «det lille folkehelsearbeidet» mens «det store folkehelsearbeidet» er alle samfunnssektors bidrag for å sikre god helse i befolkningen. Dette synet er nok i stor grad tuftet på den såkalte 10-90 regelen (Wildavsky 1977) som sier at premisene for god helse i befolkningen i det alt vesentlige ligger *utenfor* helsetjenesten ved at folk får bedre livsstil og ved bedring av de generelle livsvilkårene.

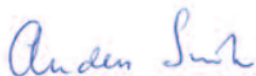
Få år etter at 'Helserådet' ble etablert 1993, ble det inngått et samarbeid med Yalcin Ucarli i In-trykk som i alle årene senere har stått for trykkingen 'Helserådet'. Dette har vært et særdeles positivt og hyggelig samarbeid, og jeg er svært takknemlig for alle de flotte utgavene han har laget for oss. Det har alltid vært godt å kunne sette seg ned med et ferskt nummer av 'Helserådet', produsert på delikat papir og med pen utførelse for øvrig.

Forholdet mellom 'Helserådet' og Helsebiblioteket i regi av det nye fellesbiblioteket i Folkehelseinstituttet ble omtalt i forrige nummer av 'Helserådet'; side 5. Emnebibliotek samfunnsmedisin og folkehelse utgjør en del av Helsebiblioteket. Organiseringen av stoffet vil være slik:

'Helserådet' er «trakten» som alt stoffet i emnebibliotek samfunnsmedisin og folkehelse passerer igjennom. Derfor er det og skal det være mange artikler i hvert nummer av 'Helserådet'. Sammen med web-redaktør Katrine Rutgerson tar jeg stilling til hvilke av disse artiklene som også skal publiseres som en nyhetssak i emnebiblioteket og hvor lang «levetid» vi skal beregne for hver enkelt artikkel, inkludert spørsmålet om det er artikler eller oversikter som vi ønsker å gi et mer «evig liv».

Leserne av 'Helserådet' må selv ta stilling til om man ønsker å ha et helt papirløst forhold til samfunnsmedisin og folkehelse eller om det kan være hensiktsmessig også (av og til) å ta en papirutskrift. Kanskje er det lettere, tross alt, å bla i en innholdsfortegnelse på papir enn å søke den samme innholdsfortegnelsen opp på internett eller i egen e-postkasse?

Hilsen



Anders Smith
redaktør

Om folkehelse i 1908

Roger Jensen hos Fylkesmannen i Telemark har sendt nyttårshilsen til sin mange kolleger rundt omkring:

Gamle bøker kan romme skatter. Og nylig kom jeg over årgang 1908 av tidsskriftet «Hjemmets Ven». Tidsskriftet ble «redigeret av en komite» og «udgivet av et interessentskab», står det på forsidene. Hele 50 utgaver dette året og nesten 600 sider.

Hver utgave har en artikkel om «folkehelse». Bredden i tema er stor. Dessverre er skriften «gammeldags», så det krever litt å lese. Men øvelse gjør mester.

Jeg har sakset to innlegg fra den faste spalten om folkehelse. Det ene innlegget fra nr. 13-1908 er som tatt fra pensum til Helsedirektoratet. Tittelen er «Nødvendig Vekselvirkning af Aands- og Legemsarbeide». Et råd er bl.a. at unge piker ikke må sette seg ned med en roman eller øve klaver, rett etter å ha gjort skolelekserne.

Den andre artikkelen – i utgave 25-1908 - maner til måtehold. «Sent ude i Selskaber» er fornøylig lesning. Kjekt å ha i minnet hvis dere skal argumentere for og imot «varige fester».

Se de omtalte artiklene på de neste sidene!

Referansekode i 'Helserådet': HIS 2016-2. Stikkord: Folkehelse i 1908.



Maria med Jesusbarnet.

Folkehelle.

Sent ude i Selskaber.

Hvad Dr. M. Kosjak siger herom i „Kneipp-Blätter“.

Naar man nu betænker, at man uafsladelig, halve Ratten lang, søger og indaander denne Luft, saa er det ikke til at forundre sig over, at man selv om man styr Kasse næste Morgen, sporer et sterkt Udebesindende.

Naar man danser til sent paa Nat, er dette et Kapitel for sig, og jeg vil ikke engang tale derom. Men Mødre, som er bange for sine Døtre og som vil beskytte dem for enhver raa Lyst og som fort væk fodrer dem med Jaspiller og andre Præparater, i den falske Mening, at de dermed kurerer deres Blegst, de er ikke bange for at lade sine Døtre danse til langt ud paa Morgenstunden. Hvis man søgte Aarsagen til Ondet paa det rette Sted, behøvede de ikke at klage over de blege Kinder, den daarlige Appetit og den unge Piges Ufrægtelse.

Særlig i Udviklingsalderen er Følgerne af denne Danseforfølgelse saa uhyre farlig.

Hertil kommer, at de unge Damer, endnu ganske hede fra Dansen, kommer ud i den kolde Natteluft og paadrager sig Snue, Hoste, hvis ikke endnu slemmere kroniske Sygdomme.

Kort sagt, man faar se paa Sagen, som man vil, heldig er den aldrig. Alligevel vil den sene Selskabelighed aldrig komme af Moden, det lader sig nu en Gang ikke gjøre, men altid burde man afsænke sin Fornuft saa meget Genfryd, at man indskrænkede sig til det nødvendige. Hvad har man da tilbage for Opfyldelsen af disse Selskabspligter?

Viser man maaske nogen en Tjeneste derved?

Pengene, som gives ud, kunde i Sandhed blive anvendt til langt ædlere og nyttigere Maal, og vor Helbred vilde derved være vel tjent.

Hydropeutisk Helbredelse.

Efter „Kneipp-Blätter“

En Herre kommer til mig fra Frankrige; hvad jeg siger, er den rene Sandhed. Herren havde 7 Udsjorter paa, 3 Rattestind samt Udbind over næsten hele Hovedet. Dertil havde han to Barmeflaster, som han lagde ved sine

Fødder. Han beklagede sig i høi Grad over Klimaet i Wörishofen, men det var allerede i Begyndelsen af Juni, saa vilde han atter hjem med sine 7 — syv — Skjorter og 2 Barmeflaster. Nu har jeg allerede trukket 4 Skjorter af ham; Patienten fik, som om jeg havde stukket ham med en Kniv; den anden Gang maatte alle Skjorter bort, og han fik paa sig en grov Udsjorte samt en ordentlig kold Styr; det syntes han var nydeligt; men nu var det ogsaa overstaaet. Manden blev herdet fra sin frygtelige Svaghed, og da Krisen var forbi, var han det lykkeligste Menneske af Verden, han, som havde levet i Glendighed i 7 Aar.

Sukkersyge.

En Læge, som for det meste havde gjort sig lystig over min Fremgangsmaade, (vi har kjendt hverandre rigtig godt) sagde jeg engang til: „Vare prøv det“; men han svarede: „Jeg bruger ogsaa Vand, men paa den gamle Metode; til Deres gaar jeg ikke.“ Jeg svarede ham intet andet end: „Nuvel, lad saa være! Det bliver Deres Sag.“

Doktoren har behandlet en geistlig Herre som ogsaa havde haft Sukkersyge, og som var kommen til det Stadium, hvor det hedder: „Nu er han fortabt.“ To andre Læger var af samme Mening. Hvad gjør han saa? han sender den Syge til mig med et Brev af det Indhold, at Fyren var fortabt, uheldig efter en videnskabelig Fremgangsmaade, og paa denne Patient kunde jeg da saa Lov til at gjøre et Forsøg med min Metode.

„Jeg ved intet Middel mere,“ skrev han i Brevet. Den syge Herre kunde ikke mere komme tilbage til sin Post; han var altfor svag; hans Aand aftog ogsaa betydelig, og neppe kunde han reise til Wörishofen. Var han bare kommet lidt før; men han blev alligevel frisk inden 6 Uger, og da han vendte tilbage, forestillede han sig for sin forhenværende Læge, lod Urinen undersøge, men der fandtes ikke Sukker.

Nu tænkte Lægen, at det dog maatte være lidt anderledes med Kneipp-Kuren, end han havde tænkt, da den syge Herre efter hans Anvendelser sikkerlig vilde være død.

Doktoren kom inden 6 Uger til mig i Wörishofen, og nu er han en ivrig Tilhænger af Kneipp-Kuren.

Folkehelse.

Nødvendig Vekselvirkning af Aands- og Legemsarbejde.

Af D. Mutschlechner.

(Fortsættelse).

Børnene bliver ofte nervøse, opspilede, de faar slap Appetit, slet Fordøjelse og deres Lærlyst tager af.

Efter Undervisningstiden trænger et saadant Barn ubetinget Bevægelse og legemlig Virksomhed, om denne nu bestaar i munter Leg eller i at hjælpe til i Huset, kan være det samme, begge Dele fører til det attraaede Maal.

Folke skolens Børn og fornemlig de som bor paa Landet, er nu i denne Henseende begunstiget af vore Stille.

Hos saadanne ser man ingen efter endt Skole hengive sig til Grublerier, men næsten i al Slags Veir tumler man sig ude i det Fri, leger og færdes i Skov og Mark. Vinter og Frost gjør neppe nogen Undtagelse heri. Rede i Gaardsrummet og foran Huset opføres Snefæstninger og leveres Sneboldslag. De noget større Børn maa samtidig hjælpe til inde. Pigerne i Husholdningen. Gutterne med Vedhugning, springe Vrinder og lignende Hiftorier. I Reglen er saadanne Børn ogsaa mindre modtagelige for de almindelig Skolesygdomme. Hoste, Katarth, Halsforkjølelser og Feber kommer sjældnere og mildere. Organismen er styrket under den naturlige regelbundne Veksel.

Man tager grundig Feil naar man undertiden mener, at Børnenes aandelige „Vedelser“ (Skolearbejde) ikke koster dem nogen som helst Anstrengelse.

Netop hos Barnet hvor alt endnu er blødt, er Hjernen i uafsluttelig Udvikling. Volder dette at sætte Tanken paa bestemte Temata, et stærkt og bævende Ryk i Nervesystemet, saa er en Anspændelse af Tankerne paa andre Ting, hvad der gennem Legemsbevægelsen sker ligesom af sig selv, helt paatrængende nødvendigt.

Den unge Pige som kommer hjem fra Skolen eller har endt sin Læselesning hjemme, skal aldrig derpaa sætte sig til Klaveret, eller tage en Bog i Haanden og synke hen i Læsning, eller paa nogen anden Vis anstrenge Hjerne og Legem, thi et saadant Arbejde

er ogsaa anstrengende for Legemet, da man modvirker det nødvendige Saftkredsløb, berøver Naturen den Mulighed gennem Bevægelse at faa en Udskiftning istand.

Blegfot med sine Videlser, Blodfattigdom, Svækkelse og Nervøsitet spares de Piger for, som nyder den Velgjerning, at de i den Henseende, faar en hygieenisk regelbunden Opdragelse.

Manige Mødre anser det for en „Grusomhed“ ikke at lade den af Læsning anstrengte Datter sidde og hvile, men hun kan aldeles ikke vise hende større Velgjerning end i Fristunden at opdrage hende til en dygtig og virksom Hjælperke i Husholdningen; kan ikke dette ske, er der vel yngre Søskende som med Glæde en Stund vil lege med sin halvøksne Søster; dette er langt bedre end om hun sætter sig til at studere Modetidende, eller med et bantende Hjerte i et Sofahjørne sluger den Roman, hun har laant af sin Veninde.

Bevægelse er Liv!

Før Søsterne i Foraaret stiger op i Træerne, før Knopperne begynder at svulme, faar mangan Storm igjennem Grenene, Stammen rykkes, den lystige Vind feier de dunkle Skyer fra den blaa Himmel, de dybe Bænder blir oprørte saa, at Bølgerne kaster Dyn, Slam og Slum mod Bredderne for at Solstraalerne og Stjernernes Glans skal faa et klart Speil at spille paa, saaledes ogsaa med det menneskelige Legem, det maa vækkes og styrkes med det levende Element som heder Bevægelse, da samler man desto klarere siden i de rolige Timer Tankerne til et lykkeligt Aandens Arbejde, da flammer desto klarere Aandens Lys.

Influenza.

Af W. Aft, praktiserende Læge.

Hvert Aar kommer den igjen ved Nytaarstid, Influenza. I Begyndelsen blev den regelmæssig tilbagevendende Gæst anset for en harmløs Sygdom: „Jeg har blot faaet en liden Snæv af Influenza“, hed det, indtil man opdagede alle de Tilfælde og disse blev desværre uendelig mange, i hvilke Sygdommen ikke blev ordentlig helbreddet, den satte sig fast i alle mulige Organer, i en gammel Snue eller

Romerne var plaget av lus, lopper og parasitter (forskning.no 13.1.2016)

Til tross for sivilisasjonens mange tiltak for renslighet, spredte parasittene seg lett blant befolkningen.

Ulla Gjeset Schjølberg, journalist.

Romerne sørget for betraktelig mer renslige forhold for store deler av Europa. Blant annet innførte de offentlige toaletter og bad, kloakk-system og tilgang til rent drikkevann. I tillegg utviklet de lover som skulle holde gatene rene.

Da er det kanskje naturlig å tro at det dermed ble færre av parasittene som storkoser seg blant kloakk og skittent drikkevann.

Men faktisk så ble det flere av dem. Bendelorm, piskeorm, lopper og lus levde livets glade dager i antikke Roma, ifølge en ny studie.

Gammelt badevann

Piers Mitchell fra Universitetet i Cambridge har samlet bevis på parasitter fra gamle latriner, graver, fossil avføring, hårbørster og tekstiler. Han har sett på hvor mange av parasittene som fantes før, underveis og etter imperiet.

Mitchell så at parasittene hadde en like stor tilstedeværelse i romertida som de hadde i både Bronse- og Jernalderen. Og til tross for mer moderne badevaner fant forskeren bevis på både hodelus, flatlus og lopper i samme mengder som hos for eksempel de mindre bade glade vikingene. Faktisk kan det hende at vikingene [har fått et urettferdig rykte på seg som skitne, lusede villmenn](#) (klikkbar lenke).

Men hvorfor spredte parasittene seg blant romerne? spurte Mitchell seg selv.

Han har selv sagt valgt seg ut noen årsaker:

Blant annet kan det se ut til at badevannet i de offentlige badene ikke ble byttet ut særlig ofte, noe som gav parasittormer god hjelp til å spre seg rundt.

Rester etter en romersk latrine. De offentlige toalettene hadde ingen båser som lot deg gjøre ditt fornødne i fred. Noen av disse latrinene hadde plass til 20 stykker av gangen. (Foto: Craig Taylor.)



Gjødse og fiskesaus

Andre årsaker til parasittenes glade dager var antakelig hvordan romerne brukte avføring som gjødse. Selv om det kan være et smart trekk, må avføringen brytes ned til kompost først.

Om du bare slenger det rett på jordet, kan parasitteggene i avføringen overleve blant plantene og finne veien tilbake til mennesker.

Mitchell ble også overrasket av hvor mye tegn til fiskebendelorm det fantes blant romerne. Særlig fordi det var mindre utbredt i tida før imperiet ble etablert.

Forskeren har den romerske fiskesausen, garum, som hovedmistenk. Garum bestod av rå fisk, urter og salt som ble fermentert i sola. Sausen ble blant annet brukt som medisin.

Visstnok ligner den veldig på den [fiskesausen vi kjenner fra dagens Sørøst-Asia](#) (klikkbar lenke)

Fjernet vann, ikke møkk

Professor Ann Olga Koloski-Ostrow [skriver i en artikkel på theconversation.com](#) (klikkbar lenke) at det ikke er sikkert at de romerske kloakk-systemenes hovedfunksjon var å fjerne skitt og møkk fra gatene. Hun tror heller de var ment for å fjerne overflødig vann som samlet seg opp etter regnvær.

Og vannet som rant gjennom kloakkrørene, endte opp i elva Tiber, romernes drikkevann.

Hun påpeker også at innbyggere hadde private toalett, men at de valgte å ikke koble dem til kloakksystemet. Antakelig i frykt for hva som kunne klatre opp fra dypet. I stedet hadde de et toalett, ganske likt en utedo, stående inne på kjøkkenet.

Selv om romerne også hadde offentlige toalett koblet til kloakksystemet, var de nok ikke spesielt innbydende. Koloski-Ostrow beskriver latriner med skitne dolokk, lite lys og fuktig luft. Og som ikke det var nok, måtte de besøkende mest sannsynlig dele datidens form for dopapir, en slags svamp på pinne, med hverandre.

– Vi aner ikke hva hensikten bak oppfinnelsen av toalettet egentlig var. Ble de utviklet for å være et hendig sted å kvitte seg med avføring på, kanskje for å redusere lukt eller kanskje bare så du skulle slippe å ta med deg en potte til søppelfyllinga hver dag? [sier Mitchell til The Atlantic](#) (klikkbar lenke).

– Romerne visste ikke hvordan infeksjoner oppstår, så du kan ikke bare anta at de utviklet sanitær teknologi for å gjøre folk sunnere, fortsetter han.

Referanse:

Mitchell, P. *Human parasites in the Roman World: health consequences of conquering an empire*. Parasitology (2016).

Dette er hele artikkelen fra forskning.no. Du får også tilgang til artikkelen og annet relatert materiale ved å klikke på <http://forskning.no/hygiene-historie-antikken/2016/01/romerne-var-plaget-av-lus-lopper-og-parasitter>.

Referansekode i 'Helserådet': HIS 2016-3. Stikkord: Lus. Lopper. Parasitter. Romertiden.

Pesten gjemte seg i Europa i 300 år (forskning.no 14.1.2016)

Bakterien bak Svartedauden hang lenge rundt i Europa på et ukjent sted. Det mener i hvert fall forskerne bak en ny undersøkelse av pest-skjeletter.

Ingrid Spilde, journalist

Det var ikke over, da Svartedauden brant ut i 1353. I de neste 300 åra opplevde Europas befolkning mange bølger av pest. Men hvor kom de fra?

Forskerne er ikke helt enige.

I 2015 kom et team av norske og europeiske forskere med nye resultater: Undersøkelser tydet på at stadig nye epidemier av pest ankom langs handelsrutene fra Østen.

- Les også: **Svartedauden kom til Europa mange ganger**

Men nå mener en gjeng med tyske forskere at dette ikke er hele bildet.

Det kan tvert imot virke som om pestsmitten også ble værende i Europa mellom slagene, skriver de i tidsskriftet Plos One.

Se hele artikkelen fra forskning.no samt en del relatert materiale ved å klikke på <http://forskning.no/2016/01/pesten-som-aldri-dro-pesten-ble-i-europa-pesten-gjemte-seg-i-europa>.

Referansekode i 'Helserådet': HIS 2016 – 4. Stikkord: Svartedauden. Pest.

Fra Nyhetsbrev nr. 1 Frivillighet Norge:

Frivillighet Norges historie

Fra momskamp til ny frivillighetsportal - Frivillighet Norge har hatt noen begivenhetsrike ti første år. Frivillighet Norge har gått fra idé om samling, til en veletablert paraplyorganisasjon for frivilligheten med over 300 medlemsorganisasjoner av alle størrelser. Alt fra de store og profesjonelt drevne innsamlingsorganisasjonene, til små organisasjoner drevet av barn og unge søker ly under paraplyen. Hvilke seire står igjen, og i hvilken retning går frivilligheten?

Les mer ved å klikke på http://www.frivillighetnorge.no/no/om_oss/frivillighet_norges_historie/Frivillighetens+røst.b7C_wtrSZR.ips.

Referansekode i 'Helserådet': FRI 2016-1. Stikkord: Frivillighet Norge.



Helsedirektoratet

25.11.2015

Hva kan kommunereformen bety for lokalt folkehelsearbeid?

Kommunereformen kan innebære flere muligheter, men også begrensninger for lokalt folkehelsearbeid, viser ny rapport fra Møreforskning. Eksempelvis kan mer kompetanse og bedre kapasitet virke positivt, mens vilkårene for samfunnsutvikling kan bli svekket.

Helsedirektoratet har gitt Møreforskning i oppdrag å utrede kommunereformens mulige betydninger for lokalt folkehelsearbeid. Formålet med oppdraget har vært å styrke direktoratets forståelse av dette.

– Kunnskapen vil være nyttig for vårt arbeid med å understøtte kommunene i folkehelsearbeidet, og den er trolig også nyttig i kommunenes arbeid med reformen, sier avdelingsdirektør Ole Trygve Stigen i Helsedirektoratet.

Særegen rolle i folkehelsearbeidet

Kommunene er hovedaktøren i folkehelsearbeidet. Kommunen har nærheten til innbyggerne og rår over helt sentralt virkemidler.

Gjennom folkehelseloven har kommunene blant annet fått ansvar for å fremme befolkningens helse og trivsel, samt bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen (§ 3). Arbeid for å bedre folkehelsen handler i stor grad om å gjøre noe med de samfunnsforholdene som påvirker befolkningens helse og trivsel.

Kommunereformen

Flere og mer komplekse oppgaver til kommunene er noe av bakgrunnen for kommunereformen. I følge Kommunal- og moderniseringsdepartementet er målet med reformen gode og likeverdige tjenester til innbyggerne, en helhetlig og samordnet samfunnsutvikling, bærekraftige og økonomisk robuste kommuner og styrket lokaldemokrati. Kommunene skal gjennom reformen få rammer som bidrar til å styrke rollene som samfunnsutviklere, tjenesteprodusenter, myndighetsutøvere og som demokratiske arenaer.

Muligheter og begrensninger for lokalt folkehelsearbeid i lys av kommunereformen

Analysen fra Møreforskning viser bl.a. at:

- Kommunens rolle som tjenesteyter vil trolig bli styrket når det gjelder betydningen for lokalt folkehelsearbeid. Større kommuner med større fagmiljøer kan bidra til å styrke enkelttjenester og myndighetsarbeidet.
- Kommunens rolle som myndighetsutøver er i folkehelsesammenheng først og fremst knyttet til miljørettet helsevern. I følge Møreforskning kan denne rollen også bli styrket hva gjelder betydningen for lokalt folkehelsearbeid. Også her trekkes betydningen av større fagmiljøer frem.
- Vilkårene for samfunnsutvikling, og særlig for demokratiske prosesser rettet mot lokalt folkehelsearbeid, kan bli dårligere som følge av kommunereformen. Tverretattlig samarbeid er en viktig tilnærming i folkehelsearbeidet. Samfunnsutvikling forutsetter samarbeid og tillit, og utfordringen med å bygge tillit ser ut til å være større i store kommuner enn i små. Ved fjerning av noen av dagens kommunegrenser kan det samtidig drives mer helhetlig folkehelsearbeid i en region. Men det forutsetter at det legges vekt på arbeidsmåter og tilnærminger som bygger opp tillit mellom aktører internt i kommunen, og mellom kommunen og aktører utenfor kommuneorganisasjonen.
- Fylkeskommunen og Helsedirektoratet vil fremdeles være viktige understøttere for lokalt folkehelsearbeid. Helsedirektoratet bør særlig bidra til å samordne statlige signaler. Det pekes også på behovet for flere statlige utviklings- og stimuleringsmidler til kommunene som kan bidra til utvikling av helsefremmende lokalsamfunn.

Rapport (direkte klikkbar lenke)

«Kommunereformen og lokalt folkehelsearbeid. Analyse av kommunereformens betydning for lokalt folkehelsearbeid» (PDF), Møreforskning, rapport nr 71/2015

Referansekode i 'Helsrådet': MET 2016-5. Stikkord: Kommunereform. Kommunesammenslutning.

Astma og allergi. Miljørettede helsefremmende og forebyggende tiltak. «Biodiversitetshypotesen» - et Paradigmeskifte?

Jan Vilhelm Bakke, Phd, overlege i Arbeidstilsynet, Førsteamanuensis i miljømedisin, Institutt for prosesseteknikk, NTNU

(Red. innledning: Denne artikkelen har ligget på www.helsebiblioteket.no siden sommeren 2013, men har ikke tidligere vært presentert spesifikt her i 'Helsrådet'. Det er et så viktig tema som her tas opp at jeg har ønsket å kunne presentere den også her, og da i en litt endret versjon. Endringene er foretatt av artikkelforfatteren.)

Sammendrag

Den finske Astmaprogrammet 1994–2004 satset i første rekke på sekundærpreventive tiltak som å optimalisere behandling av astma. Det ble vesentlig gjort gjennom et opplæringsprogram rettet mot primærhelsetjenesten. Resultatene var allerede i 2004 samfunnsmessig svært lønnsomme. Den gunstige utviklingen fortsatte også i årene frem mot 2010.

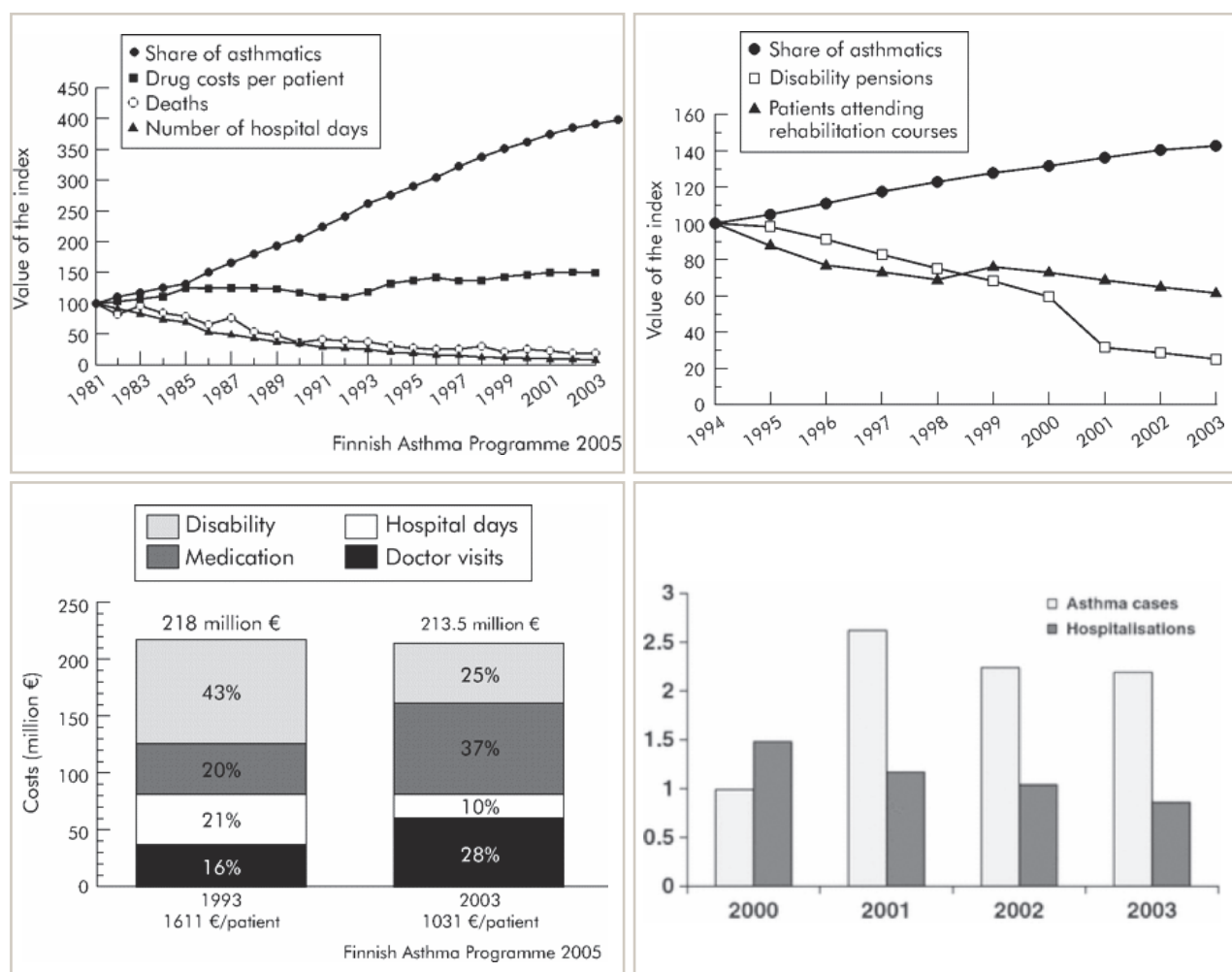
Det ambisiøse finske Allergiprogrammet 2008-2018 satser på å redusere allergi i befolkningen. Det skal oppnås ved å øke toleranse og endre holdningene i retning av å fremme helse i stedet for å medikalisere vanlige og milde allergisymptomer. Hele befolkningen, også de med astma og allergi, bør styrke immunapparatet gjennom økt kontakt med naturen. Strategien baseres i stor grad på «biodiversitetshypotesen». Raskt synkende biodiversitet kan være medvirkende til den økende forekomsten av allergi og andre kroniske inflammatoriske sykdommer i urbane miljø.

Det nye og blomstrende forskningsområdet på «det humane mikrobiomet» er muliggjort av moderne PCR-teknikk (Polymerase chain reaction, Polymerase-kjedereaksjon) som kan kartlegge biologisk liv i en detaljeringsgrad som tidligere har vært helt ukjent. Det humane mikrobiomet omfatter mikroflora i nese/bihuler, munnhule, hud, mage/ tarm og urogenitalt. Resultatene kan gi oss nye innsikt på en rekke områder, inkludert mulige mekanismer og årsaksforhold bak ulike inflammatoriske sykdommer, også astma og allergi. Her finner vi mulige forklaringsmodeller for hvordan biodiversitet i vårt miljø kan påvirke mikrobiomet og gjennom det også immunsystemet og risiko for inflammatoriske sykdommer. Det kan gi nye muligheter for behandling og forebyggende tiltak.

Dette reiser igjen en rekke nye interessante spørsmål om hvordan vi kan og bør bruke denne kunnskapen videre fremover både i behandling, forebyggende og helsefremmende individ-, gruppe- og miljørettede tiltak. Vi bør lære av de finske resultatene og implementere de deler av strategiene som åpenbart virker. Videre må vi bygge opp kunnskap og kompetanse som gjør det mulig for oss å finne de beste og mest effektive tiltakene også i et norsk langsiktig astma- og allergiprogram.

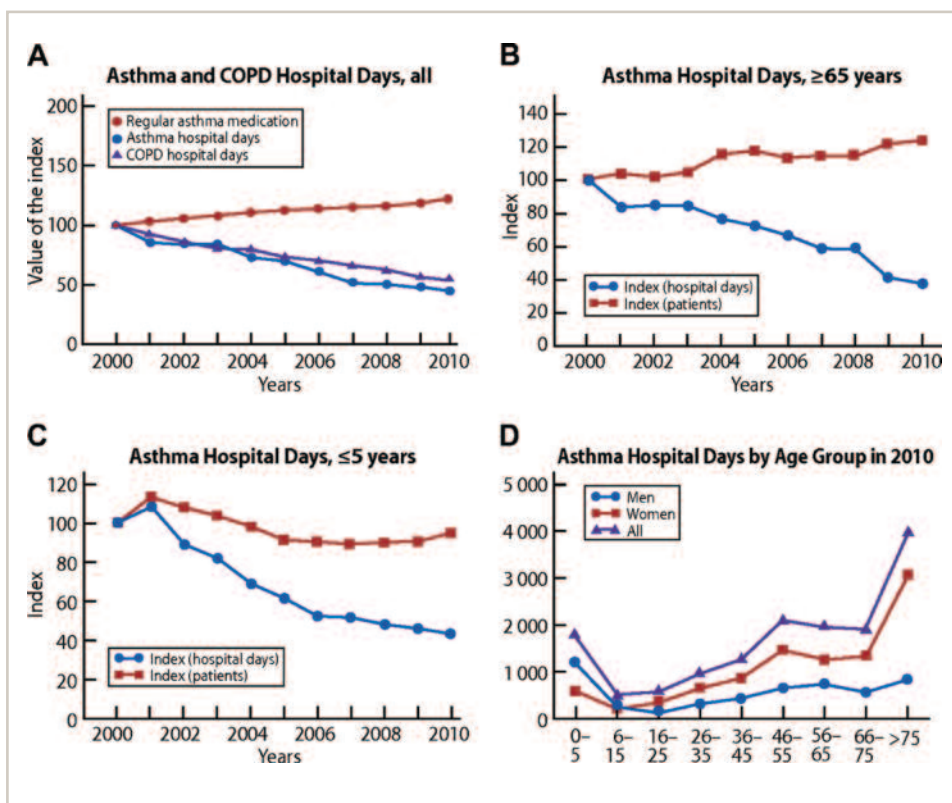
Den finske Astmaprogrammet 1994-2004

Den finske Astmaprogrammet 1994-2004 hadde stor forebyggende effekt på sykkelighet og uførepensjonering av astma. Det fokuserte på tidlig intervensjon og sykdomskontroll og ga en betydelig reduksjon av astmasykkelighet (se tre figurer under fra Haahtela et al 2006 og en fra Kupczyk et al 2010).

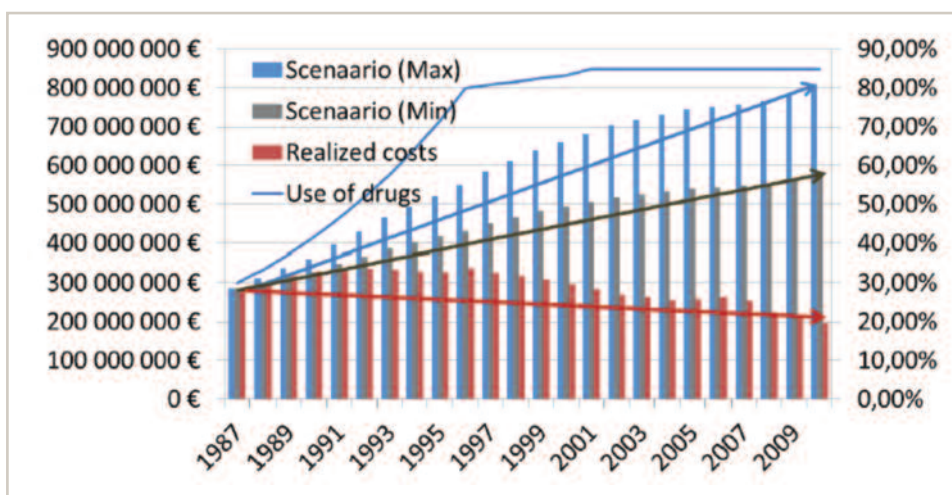


Figurer øverst fra venstre 1-4: 1: Økning av pasienter med rett til refusjon av astmamedisin, medisinkostnader per pasient, fall i mortalitet og sykehusdager for astma. 2: Pasienter med rett til refusjon av astmamedisin, reduksjon i uførepensjonering, og behov for attføring for astma. 3: Direkte årskostnader for astma (medisin, sykehusdøgn, legebesøk), uførepensjon og sykefravær i Finland, 1993 og 2003. 4: Rater av nye astmadiagnoser (per 1000 innbyggere) og akutte sykehusinnleggelser for astma (per 1000 innbyggere) før år 2000 og etter tre år med astmaprogram. Sykehusinnleggelser sank med 43 % og varigheten på oppholdene ble redusert med 2,5 dager.

Under oppfølgingen i perioden fra 2000 til 2010, fortsatte antallet sykehusdager å falle med 54 % (Kauppi et al 2012). Pasienter ≥ 65 år, spesielt kvinner, stod for 39 % av sykehusdagene. De trenger nå større oppmerksomhet hvis sykehusbelastningen skal reduseres ytterligere (se figur neste side).



Figur fra Kauppi et al 2013. (A) Økning i antall astmapasienter med rett til refusjon for medikamentell behandling og reduksjon i sykehusdager på grunn av astma og kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). Tallene er oppgitt som relativ endring etter 2000 (indeks, 2000 = 100). Endringer i antall sykehusdager og antall astmapasienter i alderen ≥ 65 år (B) og ≤ 5 år (C) i løpet av perioden 2000-2010. (D) Sykehusdager på grunn astma i ulike aldersgrupper i 2010.



Figur fra Tari Haahtela's presentasjon på «Allergifrisk 12» i Helsedirektoratet. «Total asthma costs 1987-2010. True costs are in red. The max annual theoretical costs are in blue and minimum costs in grey» (Reissell et al. 2010. Haahtela et al 2012).

Ulikhetene i hyppighet av atopi og atopisk sykdom mellom det finske og russiske Karelen har fortsatt å øke de siste ti år etter fødselsår (Laatikainen 2011). I Russland er det ingen tegn til slik endring dette selv om nedgang i total IgE kan indikere endring i miljøeksponering. Sensibilisering for bjørkepollen økte fra 7,8% til 14,8% ($P < 0,001$) og katt fra 6,1% til 10,8% ($P < 0,001$) i Finland. Selvrapportert lege-diagnostisert astma økte fra 5,5% til 8,1% ($P = 0,05$) og hørsnue fra 8,1% til 13,2% ($P < 0,001$) i Finland. Det hadde imidlertid ikke skjedd noen vesentlige forandringer i levekår eller miljøforhold i den russiske delen av Karelen etter «jernetepets fall».

Raskt synkende biodiversitet kan være medvirkende til den økende forekomsten av allergi og andre kroniske inflammatoriske sykdommer i urbane miljø (von Hertzen 2009, 2011, Haahtela et al 2013). «Biodiversitetshypotesen» hevder at redusert kontakt med naturlige miljøpåvirkninger og biodiversitet kan forstyrre menneskets naturlige mikroflora (mikrobiomet) og dens immunmodulerende kapasitet. Betegnelsen «mikrobiomet» innebærer en generalisering fordi alle mennesker har en til en viss grad unik bakterieflora selv om det meste er felles (Huttenhower et al 2012). Vi har ulike mikrobiomer i ulike deler av kroppen (tarm, luftveier, hud, og urogenitalt). Mikrobiomet påvirkes av miljøet rundt oss. Tarmfloraens sammensetning ser ut til å ha stor betydning for å opprettholde immuntoleranse for de naturlige omgivelsene (Noverr & Huffnagle 2005, McLoughlin & Mills 2011, Ege et al 2011). Det forskes nå stadig mer på hvordan man tidlig kan påvirke utviklingen av tarmfloraen slik at den gir maksimal immuntoleranse som kan beskytte mot systemiske inflammatoriske sykdommer herunder astma og allergi.

I en studie av atopisk sensibilisering av et tilfeldig utvalg av tenåringer i en heterogen region på 100 x 150 km var det assosiasjon mellom biodiversitet i boligens omgivelser og sammensetningen av beboernes bakterielle hudflora (Hanski et al 2012). Sammenlignet med friske individer hadde atopiske individer lavere biodiversitet i omgivelsene og lavere generisk diversitet av gamma-proteobakterier i hudfloraen. Denne funksjonen av Gram-negative gamma Proteobacteria bekreftes ved in vitro måling av ekspresjon av IL-10, et anti-inflammatorisk nøkkelcytokin for immunologisk toleranse i perifere mononukleære blodceller. I friske, men ikke i atopiske enkeltpersoner, var IL-10 uttrykket positivt korrelert med overflod av den gamma-proteobakterielle slekten *Acinetobacter* på huden. Det reiser spørsmål om konsekvensene av tap av biologisk mangfold for både allergiske tilstander og folkehelse generelt.

Det humane mikrobiomet (mikrobene og genene) og mikrobiota (de mikrobielle artene) – samspill med helse, sykdom og omgivelsene

Samsillet mellom menneskers helse og det naturlige miljøet i urbane områder kan vise seg ikke bare viktig for å styrke generelt menneskelig velvære (Matsuoka & Kaplan 2008). Det kan også styrke naturlige bakterieflora og forbedre samsillet med immunsystemet, med potensielt vidtrekkende betydning for folkehelsen.

«Mikrobiomet» ble lansert som begrep allerede i 1683 av Antonie van Leeuwenhoek: «About Animals in the scurf of the Teeth» (van Leeuwenhoek 1683). Nobelprisvinner Joshua Lederberg foreslo begrepet "microbiome" for å beskrive det samlede genomet av vår egen mikroflora (Lederberg & McCray 2001). «Det menneskelige mikrobiomet» betegner det økologiske fellesskapet av symbiotiske og mulig sykdomsfremkallende mikroorganismer som vi bokstavelig talt deler kroppen vår med. Mikrobiomet kan også ses på som del av det menneskelige genomet fordi det påvirker menneskets fysiologi og er avgjørende for vår eksistens og helse.

«The Human Microbiome» ble lansert som et eget forskningsfelt av US National Institutes of Health (NIH) i 2007 som en av «the New Pathways to Discovery» (Turnbaugh et al 2007). The Human Microbiome Project (HMP) (<http://www.hmpdacc.org>) ble startet 2008 av NIH for å karakterisere human mikroflora hos friske og syke mennesker og hvordan forandringer er assosiert med helse og sykdom (The NIH HMP Working Group 2009). De analyserer det mikrobiologiske genomet i fem områder: nese/bihuler, munnhule, hud, mage/ tarm og urogenitalt. Det er mulig at HMP ikke bare vil kunne gi nye måter å diagnostisere helse og risiko for sykdom, men også muligheter for å overvåke og påvirke den humane bakterieflora for å bedre funksjon og helse (Turnbaugh et al 2007). Det pågår også internasjonalt samarbeid i regi av International Human Microbiome Consortium (<http://www.human-microbiome.org>). "Canadian Microbiome Initiative" ved Canadian Institutes of Health Research (<http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/39939.html>), leder en forskningsinnsats for å analysere og karakterisere mikrobiomet sine mulige endringer ved kroniske sykdommer.

Totalt antall mikrober hos mennesket kan overstige antall celler i menneskekroppen med en faktor på ti-til-en. Samlet antall gener assosiert med det menneskelige mikrobiom kan overstige antall humane gener med en faktor på 100-til-en. En stor andel av organismer har ikke blitt kultivert, identifisert, eller på annen måte karakterisert, men kan generelt kategoriseres som bakterier (de fleste), medlemmer av domenet Archaea (organismer uten cellekjerne), gjær, encellede eukaryoter samt ulike parasitter og virus, inkludert virus som infiserer organismer i mikrobiomet. Dette reiser nye spørsmål som (Ursell et al 2012):

- Hva er og avgrenser den menneskelige organisme?
- Definisjonen av det menneskelige mikrobiomet, slik som stabilitet av et individs mikrobiom (genene),
- Definisjonen av OTUs (Operasjonelle taksonomiske enheter) som utgjør bakterieflora (mikrobiota) og
- Om en person har ett mikrobiom eller flere.

Tross stabile forskjeller mellom ulike kroppsområder og enkeltpersoner, er det uttalt variasjon i et individs bakterieflora gjennom måneder, uker og dager (Caporaso et al 2011). Bare en brøkdel av artene innenfor hvert enkelt kroppssted synes å være til stede på alle tidspunkter, noe som tyder på at ingen helt dominerende «kjernemikrobiom» forekommer, men mange arter kan temporært falle under deteksjonsgrensen. Flere arter synes å være vedvarende, men ikke-permanent til stede.

Det er identifisert unike tilpasninger blant annet av segmenterte trådformede bakterier (SFB) i rollen som tarm kommensaler (Sczesnak et al 2011). Kommensalisme er en form for biologisk samliv der den ene parten drar fordel av samlivet, mens den andre parten verken blir påvirket positivt eller negativt.

SFB er medisinsk viktig fordi de stimulerer T helper 17 celler både lokalt og systemisk som antas å spille en sentral rolle i autoimmune sykdommer.

Sammensetningen av lungemikrobiomet kan bidra både til helse og sykdom, inkludert obstruktiv lungesykdom (Han et al 2012). Ved astma, kan sammensetningen av mikrobiomet i lunger og tarm i tidlig barndom spille en sentral rolle for utvikling av astma. Kronisk astma hos voksne er assosiert med spesifikk bakterieflora i luftveiene. Tidlig bakteriell stimulering synes å redusere tendens til astma og hjelpe immunsystemet til å utvikle livslang toleranse for uskyldige antigener. Derimot kan forstyrrelser i mikrobiomet fra antibiotika øke risikoen for astmautvikling.



Finnish Reference Programme:
Practical advice to build-up and improve tolerance

Primary prevention	Secondary and tertiary prevention
<ul style="list-style-type: none"> • Support breastfeeding. Solid foods from 4-6 months. • Do not avoid environmental exposure unnecessarily (e.g. foods, pets). • Strengthen immunity by increasing connection to natural environments. • Strengthen immunity by regular physical exercise. • Strengthen immunity by healthy diet. e.g. traditional Mediterranean or Baltic type • Use antibiotics only for true need. Majority of microbes are useful and build-up healthy immune function. • Probiotic bacteria in fermented food or other preparations may strengthen immune function. • Do not smoke. Parent smoking increases asthma risk in children. 	<ul style="list-style-type: none"> • Regular physical exercise is anti-inflammatory. • Healthy diet is anti-inflammatory. Traditional Mediterranean or Baltic type of diet improves asthma control. • Probiotic bacteria in fermented food or other preparations are anti-inflammatory. • Allergen specific immunotherapy: <ul style="list-style-type: none"> - allergens as is (foods) - sublingual tablets or drops (e.g. timothy, birch pollen, mites?) - subcutaneous injections • Hit early and hit hard respiratory/skin inflammation with medication. Find treatment for long-term control. • Do not smoke. Asthma and allergy drugs do not have full effects in smokers

Det finske Allergiprogrammet 2008-2018

Det finske Allergiprogrammet 2008-2018 er basert på ideen om at den såkalte allergi-epidemien i moderne, urbane samfunn er forårsaket av utilstrekkelig utviklet eller ødelagt immuntoleranse (Haahtela et al 2012, 2013). Immunsystemet er ikke opplært til å gjenkjenne forskjellen mellom fare og ikke-fare (allergi) eller forskjellen mellom selv og ikke-selv (autoimmune sykdommer). Immun dysfunksjon fører til uhensiktsmessige inflammatoriske responser (betennelsesreaksjoner) og kliniske symptomer.

Det 10-årige finske Allergiprogrammet er rettet mot å redusere allergibelastningen både på individ- og samfunnsnivå. Det gjøres både ved å øke immunologisk og psykologisk toleranse og endrede holdningene i retning av å fremme helse i stedet for å medikalisere vanlige og milde al-

lergisymptomer. Alvorlige former for allergi som for eksempel astmaanfall forhindres proaktivt ved å forbedre den enkeltes sykdomskontroll gjennom opplæring og veiledning. Et nettverk av allergieksperter med fastleger og sykepleiere i tillegg til farmasøyter er nøkkelen for effektiv gjennomføring. Frivillige organisasjoner har startet en kampanje for å øke kunnskap blant pasienter og i allmennheten. Se Haahtelas egen artikkel [her](#) om dette.

Nøkkelbudskapene er å:

- Fremme helse, ikke allergi.
- Styrke toleranse.
- Fremme en ny holdning til allergi.
 - Unngå allergener bare hvis helt nødvendig
- Diagnostisere og behandle alvorlige allergier tidlig.
 - Forhindre forverrelser
- Forbedre luftkvalitet.
- Få slutt på røyking.

Januar 2012 hadde det finske Allergiprogrammet organisert 135 opplæringsmøter for helsepersonell rundt om i Finland (Pelkonen et al 2012, Mäkelä et al 2012). Disse møtene er tverrfaglige med alt helsepersonell som arbeider med allergiske sykdommer. Siden starten av programmet våren 2008, hadde mer enn 7000 deltakere deltatt. Undervisningsmateriell for pasientbehandling er lagt ut på spesielle nettsider / terapeutiske portaler, som kan nås av alle leger som behandler pasienter med allergi. Lokale allergi arbeidsgrupper er opprettet i ulike deler av Finland. Som en del av programmet er det også utviklet et eget sett retningslinjer for barneklinner. Disse har en sentral rolle i screening av sykdommer og å gi råd til familier med symptomatiske barn.

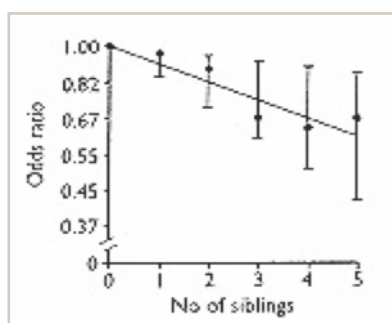
Det er satt opp følgende mål, ambisjoner og måleindikatorer:

- Forebygge allergi.
 - Indikator: forekomst av astma, allergisk snue og atopisk dermatitt redusert med 20 %.
- Øke toleranse for allergener i befolkningen.
 - Indikator: redusere allergidietter med 50 %.
- Forbedre allergidiagnostikk.
 - Indikator: alle pasienter blir testet i et kvalitetssertifisert allergisenter.
- Redusere arbeidsrelaterte allergier.
 - Indikator: Antall redusert med 50 %.
 - I 2010 var yrkesastma redusert med 24 % sammenlignet med (2005-2009)
- Fokus på behandling av alvorlige allergier og redusere anfall.
 - Indikator: "God Allergi Omsorg" implementert, akuttinnleggelser for astma redusert med 40 %.
 - Akuttinnleggelser var redusert med 62 % i aldersgruppen 7-14 år, for alle aldersgruppene sank astmasykehusdager med 54 %.
- Redusere kostnader forårsaket av allergi.
 - Indikator: totale kostnader for allergiske sykdommer redusert med 20 % i løpet av 10 år.
 - I 2007 var de totale astmakostnadene € 250 mill mot € 195 mill i 2010.

De første resultatene av det finske programmet tyder altså på at astma- og allergibyrdene kan reduseres med relativt enkle midler.

Biodiversitetshypotesen og hygienehypotesen

Biodiversitetshypotesen testes nå i Finland gjennom Allergiprogrammet 2008-2018. Den kompletterer den såkalte «Hygienehypotesen» om «Vestlig livsstil» som årsak til allergiutviklingen. Den ble fremsatt av David P Strachan i en banebrytende artikkel i BMJ i 1989 (Strachan 1989). En UK fødselskohort 1958-1981 viste høysnue omvendt proporsjonalt med antall søsken og synkende risiko med økende antall eldre søsken: *"Infeksjon i tidlig barndom overført gjennom uhygienisk kontakt med eldre søsken eller gjennom mor som er smittet av hennes eldre barn kan muligens hindre utvikling av allergisk sykdom"*. Se figuren under fra Erika von Mutius.



Figur. Odds ratio (95% konfidensintervall) for å være atopisk avhengig av antall søsken justert for andre risikofaktorer i multivariat logistisk regresjonsanalyse (logaritmisk skala).

Figur fra von Mutius et al 1994: Justert OR 95% CI for å være atopisk etter nummer i søskenflokk basert på en tverrsnittsstudie med prikktest fra 7653 skolebarn i Øst og Vest-Tyskland. Atopisk sensibilisering var tre ganger så hyppig i Vest som i Øst. Er årsaken økt renslighet, mindre søskenflokker og redusert "mikrobiologisk trykk"?

Flere titalls tverrsnittsstudier fra hele verden syntes å støtte hypotesen (von Mutius 2007a og b). Tidlig eksponering for infeksjoner, bakterier, endotoksin, gårdsmeik, katt, hund og andre dyr, i barndommen eller prenatalt hjemme, i landbruket eller på landsbygda syntes å beskytte mot utvikling av allergi og astma. Bønder og antroposofere hadde mindre allergi enn andre. Dessuten var det dårlige resultater av å forsøke å forebygge allergi med allergisanering. I 1990 var det mye lavere forekomst av atopi i Øst- enn i Vest-Europa, men de beveget seg mot "Vestlig" nivå når de ble utsatt for «vestlig» eksponering.

I 1994 foreslo Patrick Holt (Holt 94) med en oppdatering i 2007 (Holt & Sly 2007) at disse funnene sammen med eksperimentelle data kunne forenes i en hypotese om "hygienisk" eller "Vestlig livsstil" der immunapparatets Th1-cellesystem ikke blir stimulert til å "holde Th2-systemet i sjakk". Det danner interleukiner (IL-4 og IL-5) som gir IgE-produksjon, eosinofili og atopisk sykdom.

Hovedproblemet med de epidemiologiske data var at tverrsnittundersøkelsene ikke kan gi informasjon om tidsrekkefølge mellom antatt «eksponering og effekt» (Le Moual et al 2008). Søkeneffekten kan alternativt forklares av at foreldre til barn som får astma i mindre grad får flere barn. Effekten hos bønder kan også forklares av at de med allergi utstøtes fra yrket. (De friske blir igjen i yrket, «Healthy Worker Effect»=HWE). Assosiasjon mellom fødselsrekkefølge og eksem kan heller ikke forklares av tidlige infeksjoner (Hughes et al 2008). Forskjellene mellom Øst og Vest ble mindre imponerende når man summerte allergisk og ikke-allergisk luftveissykdom og fant at summen var lik i Øst og Vest. I yrkesepidemiologi kan HWE gi effekter opp mot OR=2,0. Astma er den enkelt diagnosen som gir mest seleksjon. Start i barneår er mest påvirket. Effekten omfatter både

- Seleksjon inn eller ut av eksponert gruppe før eksponeringen eller studien starter
- Bevegelse mellom eksponeringsnivå, eller utstøting fra, eksponert gruppe underveis

Hos 9812 deltakere i 9-årsoppfølgingen av ECRHS ble kuttet "avoidance" effekt beregnet å bidra med en "beskyttelseseffekt" på OR 0.83 (Svanes J Allergy Clin Immunol 2006; 118: 691-98).

Store og gode longitudinelle studier fant lite av de postulerte effektene fra tverrsnittsstudiene. Fire fødselskohortstudier 2003-2006 viste positiv assosiasjon mellom eksponering for katteallergen i barndommen og økt spesifikt IgE mot katteallergen i oppveksten (Brussee et al 2005; Lau et al 2005, Torrent et al 2006, Chen et al 2007).

Det talte også mot hygienehypotesen at astma øker mest i fattige overbefolkede bomiljø sentralt i storbyene (Crater et al 2001). I Charleston, South Carolina, 1956-1997 var det tjue ganger økning hos svarte barn i løpet av 30 år. Barnehagebarn hadde mer luftveisinfeksjoner, eksem og matallergi (Hagerhed-Engman et al 2006). Tidlige infeksjoner reduserte ikke risiko for allergi slik det kunne forventes av hygienehypotesen, heller det motsatte (Umetsu 2004. Nafstad et al 2005, Harris et al 2007, Huges et al 2008, Bremner et al 2008, Midodzi et al 2008, Perzanowski 2008).

Bønder er utsatt for kompliserte blandinger av kjemisk og biologisk forurensning og har særlig høy risiko for luftveissykdom (Omland et al 2002). De kan være eksponert både for «beskyttende» og skadelige forhold og dermed kan de være av særlig stor interesse å undersøke nærmere. Forskere ved miljø og arbeidsmedisin i Århus viste i en longitudinell studie av bønder at å være født og oppvokst på gård reduserer risiko for senere å få astma (Omland et al 2011, Portengen et al. 2002). Odds ratio var 0,5; 0,3 -1 0,98 mens **atopi ikke hadde betydning**. Blant 122 nye tilfeller av astma oppstått etter 15 års alder var OR for ny astma assosiert til ulike eksponeringer

- 3,3; 1,7- 6,3 for røyking,
- 3,4 ;1,6 -7,0 for svin
- 2,5 ; 1,1 - 5,3 for melkeproduksjon og
- 7,0; 1,2 - 41,6 for sveising og
- 11,7; 2,4-56,4 for bronkial hyperaktivitet ved baseline.

I en kohort av bønder i Storbritannia på 7406 medlemmer født i 1958 og uten astma og luftveissymptomer i barndommen økte det å være/ha vært bonde risiko for astma ved 42 års alder med OR 4.26; 0.6-8.80 (Ghosh et al. 2013). Også blant svenske bønder ses lignende resultater og at de som blir i yrket i større grad får astma senere enn de som forlater det (Rask-Andersen 2011). I Norge ble tilsvarende mønster observert tidligere (Eduard et al 2004 a og b, 2009). Både beskyttende effekt og Healthy Worker Effect (HWE) syntes å virke. Astmaprevalens hos bønder var 4,0 % sammenlignet med 5,7 % for andre på landsbygda og 7,6% i urbane områder. Hos bøndene var det 67-75 % som hadde ikke-atopisk astma. Bønder hadde dessuten mindre astma enn andre OR 0,52; 0,36-0,75. Det gjaldt både atopisk OR 0,33; 0,15-0,69 og ikke-atopisk astma OR 0,60; 0,39-0,93.

Barn som vokser opp på gård var eksponert for mer diversifisert mikrobiologi sammenlignet med referansene og dette kan forklare en vesentlig del av den inverse assosiasjonen mellom astma og oppvekst på gård. Det var ikke effekt på atopi (Ege et al. 2011). Flere studier har vist at mors eksponering for husdyrdrift i svangerskapet er assosiert med redusert risiko for atopisk dermatitt hos barnet og immunresponser som er ansett å beskytte mot utvikling av astma og allergi. I tillegg er både mødres og spedbarns bruk av ubehandlet kumelk (ikke homogenisert og pasteurisert) assosiert med mindre barneastma og allergi uavhengig av annen eksponering for gårdsdrift (Braun-Fahrlander & von Mutius 2011, von Mutius 2012, Wlasiuk & Vercelli. 2012). Både mikrobiell diversitet, mysefraksjonen i gårdsmelken og andre komponenter i ubehandlet melk diskuteres som mulige årsaksfaktorer.

Samlet synes biodiversitetshypotesen å forklare observasjonene mer konsistent enn hygienehypotesen. Den er forenlig også med astma- og allergiutviklingen blant fattige og trangbodde sentralt i vestlige storbyer.

Vi bør følge utviklingen i Finland nøye. Samtidig bør både hypotesen og resultatene underveis tolkes nøkternt og ikke banaliseres. Mulig «desensibilisering» av befolkningen kan løse store og viktige, men likevel begrensede problemer på allergi-, miljø og innneklimaområdet:

- Om lag halvparten av økningen av astma hos barn og en enda større andel hos voksne er «ikke-allergisk».
- Mesteparten av den økte hyppigheten av astma hos bønder er «ikke-atopisk» og det kan se ut som den beskyttende effekten av å vokse opp på gård gjelder både atopisk og ikke-atopisk astma
- Dårlig innneklima er assosiert med økt hyppighet av alle typer luftveisinfeksjoner og irritasjonseffekter, mer sykdom av astma, dyspne, wheeze (hvesende, pipende pust), hoste, bronkitt, KOLS, allergisk snue, eksem og øvre luftveissymptomer både hos allergikere og ikke-allergikere (Norbäck 2011, Mendell 2011, WHO 2011).
- Dårlig innneklima gir mer trøtthet, hodepine konsentrasjonsvansker og nedsatt trivsel og produktivitet.
- Innneklima er derfor fortsatt et like viktig og utfordrende tema å følge opp.
- Også andre hypoteser og modeller er fortsatt interessant, både som alternativ og supplement. Blant annet at utviklingen kan skyldes eksponering for hormoner som for eksempel ftalater, ulike pesticider, glykol eter og konserveringsmidler (Vandenberg et al 2012, Heinrich 2011, Choi et al 2010).

Biodiversitetshypotesen kan eventuelt også reise nye spørsmål som det bør tas stilling til, bl.a.:

- Er det fortsatt slik at miljø og innemiljø som er godt for allergikere også er godt for alle?
- Hva med krav til universell utforming for planter og grøntarealer?

Biodiversitetshypotesen kan uansett styrke argumentasjonen for å sikre grøntarealer i urbane miljø, mer bruk av planter i innemiljø og å opprettholde og forbedre et diversifisert biologisk mangfold i naturen vår, særlig den som er umiddelbart nær oss. Den gir også økt tyngde til WHO's anbefalinger i prosjektet «Helse i den grønne økonomien» både med hensyn til bygninger, bygd miljø og transportsektoren (Health in the Green Economy http://www.who.int/hia/green_economy/en/index.html).

Biodiversitet – konsekvenser? Implikasjoner og spørsmål

En rekke spørsmål gjenstår til fortsatt diskusjon og oppfølging

- Hvor sterkt kan/skal vi satse på biodiversitetshypotesen – hvor «sann» er den? Hva taler imot? Er vi enig med finnene?
- Kan det være konflikt mellom et godt miljø for allergikere og for andre?
- Er det behov for å lage nasjonale konsensusdokument om råd om miljøtiltak, til befolkningen og ulike pasientgrupper?
- En rekke tema bør opp til diskusjon i tverrdepartementale samarbeidsutvalg
- Skal vi gi råd om å øke engasjementet for bedre og mer naturlig utemiljø for alle samfunnsgrupper?
- Barnehage- og skolebarn bør antagelig være mest mulig ute i et naturlig miljø med variert vegetasjon og mikrobiologi.
- Økt vekt på utearealer og lokalisering i naturen for skoler og barnehager
 - o Økt støtte til utebarnehager
 - o Oppfordre til å være ute?
 - o Oppfordre til planter inne både hjemme, i skole og barnehage?
 - o Er det bedre med trening enn inne – bør det gis råd om det?
- Vi bør satse sterkere på anbefalingene fra WHO om helse i den grønne økonomien og utvikle em videre. Det er mange muligheter for synergi og «vinn – vinn» -prosjekter med bærekraft/energibruk?:
 - o Bolig- og transportsektoren.
 - o Grønne arealer og økt vegetasjon i byene
 - o Miljøvennlig transport
 - o Sykkelveier isolert fra biltrafikk

Probiotika?

En tidlig finsk studie viste sterke resultater med redusert atopisk dermatitt i fire-års oppfølging av en randomisert plasebokontrollert intervensjon (Kalliomäki et al. 2001, 2003). Men senere studier har gitt mer usikre funn. Rådene om å satse på bruk av probiotika synes nå dårlig underbygget (Kopp et al 2009, Pelucchi et al 2012, Fiocchi et al 2012). Det påpekes blant annet at slike biologiske produkter ofte er basert på sterke og fremmede monokulturer (Arnold Berstad). «From an evolutionary point of view microbial ecology and diversity, rather than any single strain, would be a more logical starting point in the search for preventive and therapeutic strategies based on the gut microbiota» (Björkstén 2012) .

Vi kjenner ikke godt nok mulige negative effekter inkludert eventuell risiko ved å tilføre en umoden tarmflora en sterk monokulturell flora utenfra. Det er mulig at probiotiske blandinger kan være mer gunstige og effektive (Chapman et al 2011). Konklusjonen er derfor at det nå ikke er grunnlag for å anbefale bruk av probiotika. Videre epidemiologiske, immunologisk, mikrobiologisk, genetiske og kliniske studier er nødvendig for å avgjøre om probiotiske kosttilskudd kan være nyttig for å hindre allergi.

Litteratur

Björkstén B. Treating childhood allergy with gut microbes: facts or fiction? Br J Dermatol. 2012 Jan;166(1):1-2.

Braun-Fahrlander C, von Mutius E. Can farm milk consumption prevent allergic diseases? Clin Exp Allergy. 2011; 41: 29-35.

Bremner SA, Carey IM, DeWilde S, et al. Infections presenting for clinical care in early life and later risk of hay fever in two UK birth cohorts. Allergy. 2008; 63:274-83.

Brussee JE, Smit HA, van Strien RT, et al. Allergen exposure in infancy and the development of sensitization, wheeze, and asthma at 4 years. J Allergy Clin Immunol. 2005 May;115(5):946-52.

Caporaso JG, Lauber CL, Costello EK, et al. Moving pictures of the human microbiome. Genome Biol. 2011;12(5):R50.

Chapman CM, Gibson GR, Rowland I. Health benefits of probiotics: are mixtures more effective than single strains? Eur J Nutr. 2011 Feb;50(1):1-17.

Chen CM, Rzehak P, Zutavern A, et al. Longitudinal study on cat allergen exposure and the development of allergy in young children. J Allergy Clin Immunol. 2007 May;119(5):1148-55.

Choi H, Schmidbauer N, Sundell J, Hasselgren M, Spengler J, Bornehag CG. Common household chemicals and the allergy risks in pre-school age children. PLoS One. 2010 Oct 18;5(10):e13423..

Crater DD, Heise S, Perzanowski M, Herbert R, Morse CG, Hulsey TC, Platts-Mills T. Asthma hospitalization trends in Charleston, South Carolina, 1956 to 1997: twenty-fold increase among black children during a 30-year period. Pediatrics. 2001 Dec;108(6):E97.

Eduard W, Omenaas E, Bakke PS, Douwes J, Heederik D. Atopic and non-atopic asthma in a farming and a general population. Am J Ind Med. 2004 Oct;46(4):396-9.

Eduard W, Douwes J, Omenaas E, Heederik D. Do farming exposures cause or prevent asthma? Results from a study of adult Norwegian farmers. Thorax. 2004 May;59(5):381-6.

- Eduard W, Pearce N, Douwes J. Chronic bronchitis, COPD, and lung function in farmers: the role of biological agents. *Chest*. 2009 Sep;136(3):716-25.
- Ege MJ, Mayer M, Normand AC, Genuneit J, Cookson WO, Braun-Fahrlander C, Heederik D, Piarroux R, von Mutius E; GABRIELA Transregio 22 Study Group. Exposure to environmental microorganisms and childhood asthma. *N Engl J Med*. 2011 Feb 24;364(8):701-9.
- Fiocchi et al. Clinical Use of Probiotics in Pediatric Allergy (CUPPA): A World Allergy Organization Position Paper. *World Allergy Organ J*. 2012 Nov;5(11):148-167.
- Ghosh RE, Cullinan P, Fishwick D, Hoyle J, Warburton CJ, Strachan DP, Butland BK, Jarvis D. Asthma and occupation in the 1958 birth cohort. *Thorax*. 2013; 68: 365-71.
- Haahtela T, Tuomisto LE, Pietinalho A, Klaukka T, Erhola M, Kaila M, Nieminen MM, Kontula E, Laitinen LA. A 10 year asthma programme in Finland: major change for the better. *Thorax* 2006; 61: 663-670.
- Haahtela T, Valovirta E, Kauppi P, Tommila E, Saarinen K, von Hertzen L, Mäkelä MJ; The Finnish Allergy Programme Group. The Finnish Allergy Programme 2008-2018 - scientific rationale and practical implementation. *Asia Pac Allergy*. 2012 Oct;2(4):275-279. Epub 2012 Oct 31.
- Haahtela T, et al. Reduction of asthma costs in Finland 1987-2010. A prevalence based cost of illness study Manuscript 2012.
- Haahtela T, Holgate S, Pawankar R, Akdis CA, Benjaponpitak S, Caraballo L, Demain J, Portnoy J, von Hertzen L; WAO Special Committee on Climate Change and Biodiversity. The biodiversity hypothesis and allergic disease: world allergy organization position statement. *World Allergy Organ J*. 2013 Jan 31;6(1):3. doi: 10.1186/1939-4551-6-3.
- Hagerhed-Engman L, Bornehag CG, Sundell J, Aberg N. Day-care attendance and increased risk for respiratory and allergic symptoms in preschool age. *Allergy*. 2006 Apr;61(4):447-53.
- Han MK, Huang YJ, Lipuma JJ, Boushey HA, Boucher RC, Cookson WO, Curtis JL, Erb-Downward J, Lynch SV, Sethi S, Toews GB, Young VB, Wolfgang MC, Huffnagle GB, Martinez FJ. Significance of the microbiome in obstructive lung disease. *Thorax*. 2012 May;67(5):456-63.
- Hanski I, von Hertzen L, Fyhrquist N, Koskinen K, Torppa K, Laatikainen T, Karisola P, Auvinen P, Paulin L, Mäkelä MJ, Vartiainen E, Kosunen TU, Alenius H, Haahtela T. Environmental biodiversity, human microbiota, and allergy are interrelated. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2012 May 22;109(21):8334-9.
- Harris JM, Mills P, White C, Moffat S, Newman Taylor AJ, Cullinan P. Recorded infections and antibiotics in early life: associations with allergy in UK children and their parents. *Thorax*. 2007 Jul;62(7):631-7.
- Heinrich J. Influence of indoor factors in dwellings on the development of childhood asthma. *Int J Hyg Environ Health*. 2011 Jan;214(1):1-25.
- Holt PG. A potential vaccine strategy for asthma and allied atopic diseases during early childhood. *Lancet*. 1994 Aug 13;344(8920):456-8.
- Holt PG, Sly PD. Prevention of allergic respiratory disease in infants: current aspects and future perspectives. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2007 Dec;7(6):547-55.
- Hughes AM, Crouch S, Lightfoot T, Ansell P, Simpson J, Roman E. Eczema, birth order, and infection. *Am J Epidemiol*. 2008 May 15;167(10):1182-7.
- Huttenhower C, Gevers D, Knight R, and the Human Microbiome Project Consortium. Structure, function and diversity of the healthy human microbiome. *Nature*. 2012 Jun 13;486(7402):207-14.
- Kalliomäki M, Salminen S, Arvilommi H, Kero P, Koskinen P, Isolauri E. Probiotics in primary prevention of atopic disease: a randomized placebo-controlled trial. *Lancet*. 2001;357:1076-1079.
- Kalliomäki M, Salminen S, Poussa T, Arvilommi H, Isolauri E. Probiotics and prevention of atopic disease: 4-year follow-up of a randomized placebo-controlled trial. *Lancet*. 2003;361:1869-1871.
- Kauppi P, Linna M, Martikainen J, Mäkelä MJ, Haahtela T. Follow-up of the Finnish Asthma Programme 2000-2010: reduction of hospital burden needs risk group rethinking. *Thorax*. 2013 Mar;68(3):292-3.
- Kopp MV, Salfeld P. Probiotics and prevention of allergic disease. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2009 May;12(3):298-303.
- Kupczyk M, Haahtela T, Cruz AA, Kuna P. Reduction of asthma burden is possible through National Asthma Plans. *Allergy*. 2010 Apr;65(4):415-9.
- Laatikainen T, von Hertzen L, Koskinen J-P, Mäkelä MJ, Jousilahti P, Kosunen TU, Vlasoff T, Ahlström M, Vartiainen E, Haahtela T. Allergy gap between Finnish and Russian Karelia on increase. *Allergy* 2011; 66: 886-892.
- Lau S, Illi S, Platts-Mills TA, Riposo D, Nickel R, Grüber C, Niggemann B, Wahn U; Multicentre Allergy Study Group. Longitudinal study on the relationship between cat allergen and endotoxin exposure, sensitization, cat-specific IgG and development of asthma in childhood-report of the German Multicentre Allergy Study (MAS 90). *Allergy*. 2005 Jun;60(6):766-73.

Lederberg J, McCray AT. 'Ome Sweet 'Omics—a genealogical treasury of words. *Scientist*. 2001; 15: 8.

Le Moual N, Kauffmann F, Eisen EA, Kennedy SM. The healthy worker effect in asthma: work may cause asthma, but asthma may also influence work. *Am J Respir Crit Care Med*. 2008 Jan 1;177(1):4-10.

Matsuoka RH, Kaplan R (2008). People needs in the urban landscape: Analysis of landscape and urban planning contributions. *Landsc Urban Plan* 84:7-19.

McLoughlin RM, Mills KH. Influence of gastrointestinal commensal bacteria on the immune responses that mediate allergy and asthma. *J Allergy Clin Immunol*. 2011 May;127(5):1097-107.

Mäkelä MJ, Pelkonen A, Valovirta E, Haahtela T, Editorial. The challenge of relaying the right public health messages in allergy. *Pediatr Allergy Immunol*. 2012 Mar;23(2):102.

Midodzi WK, Rowe BH, Majaesic CM, Saunders LD, Senthilselvan A. Predictors for wheezing phenotypes in the first decade of life. *Respirology*. 2008 Jun;13(4):537-45.

Nafstad P, Brunekreef B, Skrondal A, Nystad W. Early respiratory infections, asthma, and allergy: 10-year follow-up of the Oslo Birth Cohort. *Pediatrics*. 2005 Aug; 116(2): e255-62.

Noverr MC, Huffnagle GB . The 'microflora hypothesis' of allergic diseases. *Clin Exp Allergy*. 2005 Dec;35(12):1511-20.

Omland O. Exposure and respiratory health in farming in temperate zones: a review of the literature. *Ann Agric Environ Med* 2002; 9:119-1136

Omland Ø, Hjort C, Pedersen OF, Miller MR, Sigsgaard T. New-onset asthma and the effect of environment and occupation among farming and nonfarming rural subjects. *J Allergy Clin Immunol*. 2011 Oct;128(4):761-5.

Pelkonen AS, Kuitunen M, Dunder T, Reijonen T, Valovirta E, Mäkelä MJ; Finnish Allergy Programme. Allergy in children: practical recommendations of the Finnish Allergy Programme 2008-2018 for prevention, diagnosis, and treatment. *Pediatr Allergy Immunol*. 2012 Mar;23(2):103-16.

Pelucchi Claudio, Chatenoud L, Turati F, Galeone C, Bach, J-F, La Vecchia C. Probiotics Supplementation During Pregnancy or Infancy for the Prevention of Atopic Dermatitis: A Meta-analysis. *Epidemiology*. 23(3):402-414, May 2012

Perzanowski MS, Canfield SM, Chew GL, Mellins RB, Hoepner LA, Jacobson JS, Goldstein IF. Birth order, atopy, and symptoms of allergy and asthma among inner-city children attending Head Start in New York City. *Clin Exp Allergy*. 2008 Jun;38(6):968-76

Portengen L, Sigsgaard T, Omland Ø, Hjort C, Heederik D, Doekes G. Low prevalence of atopy in young Danish farmers and farming students born and raised on a farm. *Clin Exp Allergy*. 2002 Feb;32(2):247-53.

Rask-Andersen A. Asthma increase among farmers: a 12-year follow-up. *Ups J Med Sci*. 2011 Mar;116(1):60-71.

Reissell E, et al. Asthma costs in Finland. A public health model to indicate cost effectiveness during 20 years. *Finnish Medical Journal* 2010.

Szczesnak A, Segata N, Qin X, et al. The genome of th17 cell-inducing segmented filamentous bacteria reveals extensive auxotrophy and adaptations to the intestinal environment. *Cell Host Microbe*. 2011 Sep 15;10(3):260-72.

Strachan DP. Hay fever, hygiene, and household size. *BMJ* 1989; 299: 1259-60.

Svanes C, Zock JP, Antó J, Dharmage S, Norbäck D, Wjst M, Heinrich J, Jarvis D, de Marco R, Plana E, Raheison C, Sunyer J; Early Life Working Group Of The European Community Respiratory Health Survey. Do asthma and allergy influence subsequent pet keeping? An analysis of childhood and adulthood. *J Allergy Clin Immunol*. 2006 Sep;118(3):691-8.

The NIH HMP Working Group. The NIH Human Microbiome Project. *Genome Research*. www.genome.org . US National Library of Medicine National Institutes of Health 2009; 2317-23. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2792171/pdf/2317.pdf>

Torrent M, Sunyer J, Muñoz L, Cullinan P, Iturriaga MV, Figueroa C, Vall O, Taylor AN, Anto JM. Early-life domestic aeroallergen exposure and IgE sensitization at age 4 years. *J Allergy Clin Immunol*. 2006 Sep;118(3):742-8.

Turnbaugh PJ, Ley RE, Hamady M, Fraser-Liggett CM, Knight R, Gordon JL. The human microbiome project. *Nature*. 2007 Oct 18;449(7164):804-10.

Umetsu DT. Flu strikes the hygiene hypothesis. *Nat Med*. 2004 Mar;10(3):232-4.

Ursell LK, Metcalf JL, Parfrey LW, Knight R. Defining the human microbiome. *Nutr Rev*. 2012 Aug;70 Suppl 1:S38-44.

Vandenberg LN, Colborn T, Hayes TB, Heindel JJ, Jacobs DR Jr, Lee DH, Shioda T, Soto AM, vom Saal FS, Welshons WV, Zoeller RT, Myers JP. Hormones and endocrine-disrupting chemicals: low-dose effects and nonmonotonic dose responses. *Endocr Rev.* 2012 Jun;33(3):378-455.

van Leeuwenhoek A. An abstract of a Letter from Antonie van Leeuwenhoek, Sep. 12, 1683. About Animals in the scurf of the Teeth. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London.* 1684; 14:568-574.

von Hertzen LC, Savolainen J, Hannuksela M, Klaukka T, Lauerma A, Mäkelä MJ, Pekkanen J, Pietinalho A, Vaarala O, Valovirta E, Vartiainen E, Haahtela T. Scientific rationale for the Finnish Allergy Programme 2008-2018: emphasis on prevention and endorsing tolerance. *Allergy.* 2009 May;64(5):678-701.

von Hertzen L, Hanski I, Haahtela T. Natural immunity. Biodiversity loss and inflammatory diseases are two global megatrends that might be related. *EMBO Rep.* 2011 Oct 28;12(11):1089-93..

von Mutius E, Martinez FD, Fritzsche C, Nicolai T, Reitmeir P, Thiemann HH. Skin test reactivity and number of siblings. *BMJ.* 1994 Mar 12;308(6930):692-5.

von Mutius E. Allergies, infections and the hygiene hypothesis – The epidemiological evidence. *Immunobiology* 2007; 212: 433-39

von Mutius E. Asthma and Allergies in Rural Areas of Europe. *Proc Am Thorac Soc* 2007; 4: 212-16

von Mutius E. Maternal farm exposure/ingestion of unpasteurized cow's milk and allergic disease. *Curr Opin Gastroenterol.* 2012 Nov;28(6):570-6.

Wlasiuk G, Vercelli D. The farm effect, or: when, what and how a farming environment protects from asthma and allergic disease. *Curr Opin Allergy Clin Immunol.* 2012 Oct;12(5):461-6.

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2016-7. Stikkord: Astma. Allergi. Biodiversitetshypotesen. Bakke, Jan Vilhelm. Haahtela, Tari.

– Vedfyring farligere enn utslipp fra biler *(forskning.no 7.1.2016)*

Svevestøv fra vedfyring i byer er farligere enn utslipp fra biler. Det viser statistikk fra Norsk institutt for luftforskning. **NTB**

– 1700 nordmenn dør for tidlig hvert år som følge av svevestøv fra vedfyring. I norske byer er vedfyring det viktigste tiltaket man kan gjøre noe med, sier seniorforsker Christina Guerreiro ved Norsk institutt for luftforskning til **NRK**.

Nye beregninger fra det europeiske miljøbyrået viser at rundt 2000 nordmenn døde for tidlig i 2012 grunnet luftforurensning. Over 80 prosent av dødsfallene skyldtes ikke nitrogendioksid fra dieslbiler. Det mest finmaskede svevestøvet kommer fra vedfyring.

– Disse partiklene går ikke bare inn i lungene, de går også over i blodsirkulasjonen og påvirker det kardiovaskulære systemet (hjertet/blodårer), opplyser Guerreiro.

Dette er hele artikkelen fra forskning.no. Du kan også se den samt en del relaterte artikler ved å klikke på <http://forskning.no/miljogifter/2016/01/vedfyring-farligere-enn-utslipp-fra-biler>.

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2016-6. Stikkord: Vedfyring. Luftforurensning.

Langt igjen til målene i samhandlingsreformen

Dette er overskriften i en artikkel i nettversjonen av Kommunal Rapport den 12. januar, se <http://kommunal-rapport.no/2016/01/langt-igjen-til-malene-i-samhandlingsreformen>.

For lite kunnskap om pasientene som kommer, for dårlig samarbeid mellom stat og kommune, ubrukt kapasitet og for lite kompetanseutvikling er blant Riksrevisjonens konklusjoner om samhandlingsreformen.

– Dette er ikke en reform som er mislykket, det sier vi ikke. Det har blitt mye bedre siden samhandlingsreformen ble innført. Men vi peker på at mange av forutsetningene som skulle være til stede for en vellykket reform, både på det kommunale og sentrale plan, ikke er til stede, sier riksrevisor Per-Kristian Foss til Kommunal Rapport.

En av forutsetningene i reformen har vært å bygge opp det kommunale helsetilbudet. Blant annet var det slått fast at antallet legehjemler skulle øke mer i kommunene enn på sykehusene. Det har ikke skjedd, ifølge Riksrevisjonen.

– Kommunene har verken økt kapasiteten eller kompetansen til å ta imot stadig sykere pasienter. De er sykere fordi de er sykere når de blir utskrevet, sier Foss.

RIKSREVISJONENS RAPPORT

Riksrevisjonen har seks hovedpunkter i sin konklusjon om hvordan samarbeidet mellom primærhelse og spesialisthelse fungerer fire år etter at samhandlingsreformen trådte i kraft.

1. Kommunene har overtatt pasienter som tidligere lå ferdigbehandlet på sykehus.
2. Det finnes lite kunnskap om kvaliteten på tjenester til disse pasientene.
3. Det nå lovpålagte tilbudet kommunal øyeblikkelig hjelp (ØDH) brukes ikke etter intensjonen.
4. Samarbeidet om pasienter med behov for både primær- og spesialisthelsetjeneste er ikke godt nok.
- 5 Rus- og psykiatribehandling er ikke styrket i takt med nedbygging av døgnplasser. Reduksjonen er på nesten 10 prosent fra 2010 til 2014.

Dagens Medisin har et oppslag om den samme saken: se http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/01/12/-mottar-sykere-pasienter-men-har-ikke-okt-kapasiteten/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified

Referansekode i 'Helsrådet': SAM 2016-1. Stikkord: Samhandling.

Fra nettversjonen av Kommunal Rapport 13.1.2016:

Sjokkregning for øyeblikkelig hjelp

Bare en tredel av kommunenes plasser i tilbudet øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD) blir brukt. Snittprisen per liggedøgn er tre ganger så høy som på sykehus, ifølge Riksrevisjonen.

Sivert Rossing, publisert 12.1.2016

Tirsdag la Riksrevisjonen fram sin gjennomgang av status for samhandlingen mellom kommunale og statlige helsetjenester, fire år etter at samhandlingsreformen ble satt ut i livet.

Ett av hovedpunktene i rapporten handler om kommunenes bruk av øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD). Der konkluderer Riksrevisjonen med at tilbudet ikke benyttes slik intensjonen har vært. Blant annet har tilbudet vært langt dyrere enn forutsatt.

– Det skulle bidra til færre innleggelser, ved at det ble etablert et tilbud lokalt. Beregninger viser at selv med drift i mer enn ett år, er kostnaden 13.222 per liggedøgn, sier ekspedisjonssjef Therese Johnsen i Riksrevisjonen. Se hele artikkelen fra www.kommunal-rapport.no ved å klikke på <http://kommunal-rapport.no/helse/2016/01/tre-ganger-sa-dyrt-som-innleggelse-pa-sykehus>.

Red. anm.: I en kommentar til dette i Dagens Medisin den 15. januar sier geriatriprofessor og overlege ved Oslo universitetssykehus (OUS) Torgeir Bruun-Wyller:

- Dette viser at man har stått imot presset om å bruke dette til pasienter det ikke passer til.
- Grunnen til at dette tilbudet brukes lite, er at få pasienter er egnet for dem. Det er laget for mange slike enheter i forhold til hvor mange som passer inn der, sier Bruun Wyller til Dagens Medisin.
- Det er bra at de ikke brukes mer. Dette viser at man har stått imot presset om å bruke dette til pasienter det ikke passer til. Og det viser at folkene i systemet har sin faglige dømmekraft i behold. Det vi trenger, er gode forsterkede sykehjem som kan ha pasienter som trenger det etter et sykehusopphold, sier Wyller.

Referansekode i 'Helsrådet': SAM 2016 -2. Stikkord: Øyeblikkelig hjelp døgnopphold. ØHD.

Nytt fra Arbeidstilsynets sykdoms- og skaderegister

14.01.2016

Arbeidstilsynet har siden 2005 mottatt 321 meldinger om arbeidsrelatert sykdom i fiskeforedlingsindustrien. Støyeeksponering utgjør brorparten av meldingene, men også eksponering for bioaerosoler er en utfordring i næringen.

I denne utgaven av nyhetsbrevet fra Arbeidstilsynets sykdoms- og skaderegister kan du lese om skader i bygge- og anleggsvirksomheten og om meldinger om arbeidsrelatert sykdom i fiskeforedlingsindustrien.

Årlig omkommer i gjennomsnitt 12 arbeidstakere og omtrent 10 000 skades i ulykker i forbindelse med bygge- og anleggsvirksomhet. Omtrent halvparten av skadene fører til sykefravær. Risikoen for å omkomme i bygge- og anleggsvirksomheter er omtrent dobbelt så høy som for gjennomsnittet for alle næringer.

Arbeidstilsynet mottar en del meldinger om arbeidsrelatert sykdom i fiskeforedlingsindustrien. Eksponering for støy og støyskader dominerer, men også eksponering for bioaerosoler i luften er en utfordring innen næringen. Slik eksponering kan føre til luftveislager og sykdommer i åndedrettsystemet.

Les hele nyhetsbrevet her:

[Nytt fra Arbeidstilsynets sykdoms- og skaderegister nr. 1 2016](#) (.pdf)

Referansekode i 'Helserådet': SKA 2016-2. Stikkord: Arbeidstilsynet. Sykdoms- og skaderegister.



7.1.2016

Arbeidsrelatert støy og hjerte- og karsykdom

I en nylig gjennomført systematisk, kritisk litteraturgjennomgang har forskere ved Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) funnet belegg for at arbeidsrelatert støyeeksponering gir økt risiko for hjerte- og karsykdommer. Litteraturen viste at støyeeksponering gav størst risiko for å utvikle høyt blodtrykk, men forhøyet risiko kunne også påvises for andre hjerte- og karsykdommer samt dødelighet grunnet støyrelatert hjertesykdom.

Kontakt Marit Skogstad, forskningssjef

Artikkelen er knyttet til temaet [Støy](#)

Nedsatt hørsel pga støy er den hyppigst meldte yrkessykdommen i Norge, men mye tyder på at dette problemet er avtagende. Støy kan imidlertid ha andre helseeffekter enn hørselstap, og i den aktuelle litteraturgjennomgangen har forskere ved STAMI sett nærmere på blodtrykk og andre hjerte- og karsykdommer.

All vitenskapelig produksjon på feltet siden 1999 ble gjennomgått med fokus på såkalte oppfølgingsstudier. I slike studier blir eksponeringsinformasjon samlet inn før sykdom eventuelt oppstår, for deretter over tid undersøke om forekomsten av sykdom er mest utbredt blant støyeeksponerte. Denne systematiske litteraturgjennomgangen baserer seg på 12 slike studier og publiseres i disse dager.

– Sammenhengen mellom arbeidsrelatert støy og blodtrykksøkning har lenge vært diskutert, men for andre hjerte- og karsykdommer har dette vært mer usikkert. Dette er første gang sammenhengen mellom arbeidsrelatert støy og forekomst og dødelighet av hjerte- og karsykdom har blitt påvist i en systematisk litteraturgjennomgang, sier forsker Marit Skogstad fra Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI).

Høyt blodtrykk

Særlig når støyen blir over 85dB finner man en sammenheng mellom arbeidsrelatert støy og høyt blodtrykk, men publiseringssbias kan ikke helt utelukkes. Dette betyr at det kan være en tendens til at bare undersøkelser som finner en sammenheng mellom støy og høyt blodtrykk blir publisert mens studier som ikke finner slike sammenhenger ikke blir det.

Andre hjerte- og karsykdommer

Høyt blodtrykk kan være en forløper for andre hjerte- og karsykdommer slik som hjerteinfarkt og hjerneslag. Litteraturgjennomgangen avdekket også en forhøyet risiko for hjerte- og karsykdom ved støynivåer over 80dB i kombinasjon med impulsstøy. I enkelte av studiene varte denne effekten også inn i alderdommen.

Økt dødelighet av hjerte- og karsykdom

I litteraturgjennomgangen fant forskerne også en sammenheng mellom økt dødelighet av hjerte- og karsykdom og arbeidsrelatert støy. Denne effekten var imidlertid svak, og flere av disse studiene hadde mangelfulle eksponeringsdata og andre metodeproblemer som gjør det vanskelig å konkludere.

– Vi finner en svak sammenheng mellom støy i arbeidslivet og dødelighet av hjerte- og karsykdom, en klarere sammenheng med støy og hjertesykdom og en sterk sammenheng mellom støy og høyt blodtrykk. Vi så at sammenhengene var økende ved økende støynivåer. Dette tilsier at arbeidet med å forebygge støy på arbeidsplassen fremdeles er viktig – også av andre grunner enn å forebygge hørselstap, sier Marit Skogstad til slutt.

Originalartikkel (abstract):

Systematic review of the cardiovascular effects of occupational noise

Referansekode i 'Helserådet': ARB 2016-2. Stikkord: Støy.



Nyhet 6.1.2016

Arbeidsoppgaver som fører til høy eksponering for støv og mikroorganismer i kornsiloer og kraftfôrmøller

Arbeidstakere i kraftfôrmøller var eksponert for mer støv enn arbeidstakere i kornsiloer, mens de som jobbet i kornsiloer gjennomgående var høyere eksponert for endotoksiner, β -1,3-glukaner, bakterier og soppsporer enn de som jobbet med kraftfôrproduksjon.

Kontakter: Anne Straumsfors, forsker/PhD (TOKS), Wijnand Eduard, forskningssjef (TOKS)

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

Stor variasjon i eksponeringsnivå kunne bare delvis forklares av arbeidsoppgavene de utførte. I en ny studie har STAMIs forskere laget en såkalt oppgave-relatert jobb-eksponerings-matrise – for nettopp å kunne kartlegge eksponeringssituasjonen mer detaljert. Forskere ved Statens arbeidsmiljøinstitutt har i tidligere studier vist at eksponeringen for kornstøv og mikroorganismer er svært variabel både i kornsiloer og i kraftfôrproduksjon. Det er derfor viktig å identifisere og kartlegge hvilke arbeidssteder, arbeidsoppgaver og tekniske løsninger som kan bidra til å bedre forståelsen for hvor og hvordan en eksponeres. Det vil kunne gjøre forebyggingsarbeidet enklere og mer effektivt.

Eksponering for kornstøv, mikroorganismer og bioaktive komponenter

Kornstøv består av uorganiske komponenter fra jord, plantefragmenter, kroppsdeler og avføring fra insekt og midd, samt ulike mikroorganismer og deres bioaktive komponenter, slik som blant annet endotoksiner og mykotoksiner.

Ansatte på kornsiloer og kraftfôrmøller eksponeres for store mengder kornstøv ved kornhåndtering. Kornstøv kan gi akutte luftveisproblemer som astma og kortvarig nedsatt lungefunksjon over et skift, samt såkalt kornfeber, karakterisert av influensalignende symptomer. Lang tids eksponering kan lede til permanent nedsatt lungefunksjon.

Arbeid med kraftfôrproduksjon medførte høyere støveksponering enn arbeid i kornsilo, mens eksponering for mikrobiologiske komponenter var høyest i kornsiloene. Dette gjenspeiler trolig bruk av ulike råstoffer i de forskjellige avdelingene.

Hvilke arbeidsoppgaver ga høyest eksponering?

Arbeidsoppgaver som representerte høyeste eller laveste eksponering var noe forskjellig avhengig av hver enkelt støvkomponent. Rengjøring og prosesskontroll ga 4-5 ganger høyere støveksponering enn andre arbeidsoppgaver. Prosesskontroll medførte spesielt høy eksponering i kornsiloer i forhold til kraftfôrmølle. Inspeksjon og vedlikehold, rengjøring, rullering og tømning av korn var forbundet med høyere eksponering for både endotoksin og β -1,3-glukaner enn alle andre arbeidsoppgaver. Såkornrens medførte i tillegg høyere eksponering for endotoksin i kornsiloer, mens kraftfôrblanding ga høyere eksponering for β -1,3-glukaner i kraftfôrmøller. Rengjøring bidro betydelig til økt eksponering for bakterier og soppsporer i forhold til alle andre arbeidsoppgaver.

Arbeidsoppgavene kunne forklare 10-24 % av eksponeringsvariasjonen som ble observert mellom arbeidsplassene. Det betyr at det også er andre forhold som medvirker til eksponering enn det studien kan beskrive. Noe av årsaken kan for eksempel være ulikt mikrobielt innhold i ulikt råstoff.

Ordforklaringer:

• Endotoksiner

Bakteriegifter som frigjøres fra gramnegative bakterier. De skrives seg fra bakterienes cellevegg og er komplekser av lipid (fettstoff) og polysakkarid (karbohydrat), og en proteinkomponent. Endotoksiner regnes som ansvarlige for flere av sykdommene ved gramnegative bakterieinfeksjoner, særlig når det skjer sterk oppformering av bakteriene i blodbanene. Endotoksiner er derfor hovedårsaken til den alvorligste, septiske eller septicemiske, formen av meningokokksykdom, bl.a. med blødninger i selve huden (under overflaten), svi i flere indre organer, sjokk og evt. død. Giftvirkningen er knyttet til lipiddelen (lipid A).

• Mykotoksiner

Giftige stoffer som produseres av forskjellige muggsopper. Det er såkalte sekundære metabolitter (bl.a. alkaloider, terpen og flavonoider som ikke er nødvendige for soppens vekst). Forskjellige stammer av en art kan produsere mer enn en type mykotoksin. Soppens produksjon

av toksiner er avhengig av næringstilgang og ulike miljøfaktorer, slik at de noen ganger produserer toksin, andre ganger gjør de det ikke. Det er når slike sopper vokser på forskjellige før- og næringsmidler, f.eks. korn, mais, ris, frø og nøtter, og de produserer toksiner at det foreligger en mulighet for forgiftning hvis mennesker og dyr inntar slike næringsmidler.

• **Mikrobiologiske komponenter:**

Bioaktive komponenter

En komponent som har effekt på levende organismer, vev eller celler. De gjenfinnes i både planter og animalske produkt. Eksempler på bioaktive komponenter er flavonoider, karotener, koffein og polysakkarider mfl.

β-1,3-glukaner

Betaglukaner finnes i celleveggene hos sopp, gjær, mugg og korn. Avhengig av deres struktur og renhetsgrad kan de enten virke styrkende på immunsystemet eller fremprovosere allergireaksjoner. Glukaner er makromolekyler bestående av bare glukosemolekyler, mens glykaner er makromolekyler som også inneholder andre sukkerarter. Glukaner og glykaner er karbohydrater av typen polysakkarider. Fellesnevner for de glukane som aktiverer immunsystemet er at de består av kjeder av glukosemolekyler som er bundet sammen med såkalte beta-1,3-bindinger.

Referansekode i 'Helserådet': ARB 2016-3. Stikkord: Støv. Kornsiloe. Kraftformøller.

Morsmelk sender genetiske beskjeder til barnet *(forskning.no 10.1.2016)*

Morsmelk inneholder flere typer genetiske komponenter enn man tidligere har trodd.

Bo Christensen, journalist, videnskab.dk

Forskerne har lenge visst at barn som får morsmelk i sine første leveår, har lavere risiko for å utvikle allergier og bli syke – og kanskje får de også høyere IQ.

Forklaringen finnes kanskje i genetiske komponenter i morsmelken: ekstracellulære vesikler, viser en ny doktoravhandling fra Aarhus Universitet.

Det finnes flere typer og størrelser av disse bitte små blærene enn forskerne tidligere har kjent til, og det kan påvirke barnets celler, sier doktorgradsstudent Kristine Blans.

– Det kan være med på å forklare hvorfor morsmelk ser ut til å påvirke både helse og utvikling, mens morsmelkerstatning ikke har samme virkning, sier Blans, som arbeider ved institutt for molekylærbiologi og genetikk ved Aarhus Universitet. Hun står bak doktoravhandlingen som nettopp er evaluert og godkjent.

Se hele denne artikkelen fra forskning.no samt en del relatert materiale ved å klikke på

<http://forskning.no/forebyggende-helse-barn-og-ungdom/2016/01/morsmelk-sender-genetiske-beskjeder-til-barnet>.

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2016-8. Stikkord: Morsmelk. Genetikk.



Helsedirektoratet

18.11.2015

Nytt verktøy for sunne jobbmåltider

Det man spiser på jobb har betydning for helse, trivsel og innsats. Nytt verktøy skal hjelpe arbeidsgivere å legge til rette for sunne valg og økt trivsel på arbeidsplasser.

Om lag 525 000 ansatte og studenter benytter kantine daglig, ifølge NHO. Mange arbeidsplasser ønsker å legge til rette for et godt kosthold og har etterspurt verktøy. Helsedirektoratets anbefalinger med små grep for sunnere mat og drikke på arbeidsplassen [med nytt opplegg for internopplæring](#) (PDF) skal vise vei.

– Arbeidslivet omfatter en stor andel av den voksne befolkningen. De fleste spiser minst ett måltid i løpet av arbeidsdagen. Å tilrettelegge for sunne måltider er positivt for ansattes trivsel og helse og for virksomheten, men mange lurer på hvordan, sier Hilde Skyvulstad, avdelingsdirektør i Helsedirektoratet.

Nå er [Helsedirektoratets anbefalinger](#) som skal inspirere til bedre tilrettelegging for et helsefremmende kosthold på norske arbeidsplasser, supplert med et opplæringsverktøy. Anbefalingene og det nye tilhørende verktøyet er beregnet for dem som jobber med mat, helse, personalpolitikk og ledelse i arbeidslivet, samt aktuelle utdanningsinstitusjoner.

– Verdens helseorganisasjon (WHO) fremhever at sunt kosthold på arbeidsplassen er viktig for å bedre befolkningens kosthold. Også folkehelsemeldingen fastslår at arbeidsplassen er en arena som er godt egnet for helseopplysning, livsstilsendring, tilrettelegging for sunne valg og annet folkehelsearbeid, sier Skyvulstad.

– Undersøkelser viser at 55 prosent mener at helse og sunnhet spiller meget stor rolle når de handler mat i kantine, og vi vet at et stadig økende antall nordmenn er opptatte av at maten de spiser har positiv effekt på helsen.

Felles måltider kan ha positiv effekt

Felles måltider og matglede kan ha en positiv effekt på miljø og trivsel på arbeidsplassen. Mange arbeidsplasser har erfart dette, men flere kan fortsatt gjøre mer for å tilrettelegge for sunne måltider enten de har kantine eller ikke.

– Erfaring viser at anbefalinger for og arbeid med mat-/måltidstilbud bør forankres i HR- og HMS-politikk, planer og målsettinger. Tydelig ansvar, egnet kompetanse, bredt eierskap og kvalitetssikring av arbeidet er sentralt, sier Skyvulstad.

Alle kan gjøre noe

Anbefalingene beskriver hvilket grunnsortiment kantiner bør ha og hva som forøvrig bør tilbys arbeidstakerne for å tilrettelegge for et kosthold i tråd med myndighetenes kostråd. Men også bedrifter der det ikke finnes kantinetilbud finner råd og tips om tiltak. Eksempler på tiltak som kan gjøres på de fleste arbeidsplasser uavhengig av kantinetilbud er:

- utvikle og forankre politikk for måltider/matpause
- sørge for et trivelig spisemiljø og kjølemulighet for mat og drikke
- ha godt drikkevann og eventuelt kaffe/te tilgjengelig
- tilby subsidiert eller gratis frukt og grønnsaker
- tilby enkle brødmåltider med grove brødvarer og/eller salat
- ha automater med flaskevann, frukt, grønnsaker, ferdigsmurt grov brødmat og porsjonssalater og/eller retter for oppvarming i mikroovn
- møtemat (basis): grønnsaker, frukt/bær, vann og mat med mindre fett eller mettet fett, salt og sukker. Kaffe/te.
- sikre relevant kunnskap om kosthold, mat og helse hos ledelse, ansvarlig for personale, tillitsvalgte, ansvarlige for måltider/kantine og eventuelt bedriftshelsetjeneste
- tilby informasjon om kosthold og Helsedirektoratets råd om kosthold for serveringsmarkedet
- gjennomføre brukerundersøkelser regelmessig.

Kontakt

For mer informasjon: Live Bøe Henriksen, 990 02 600, live.boe.henriksen@helsedir.no.

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2016-9. Stikkord: Jobbmåltid. Felles måltid.



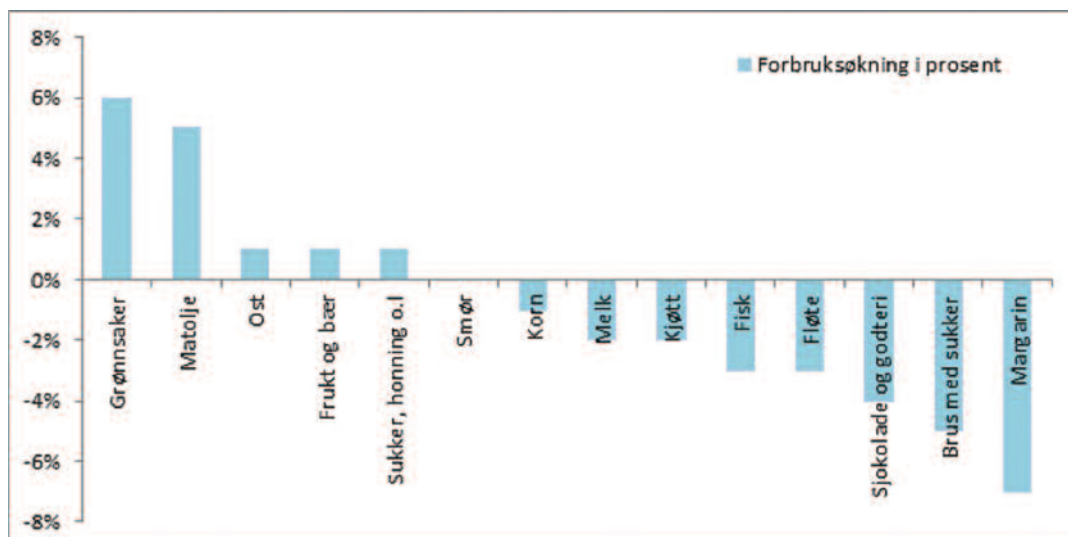
Helsedirektoratet

18.11.2015

Stadig mer grønt i kosten – men fortsatt for mye mettet fett

De siste ti årene har nordmenns frukt- og grøntinntak økt med omkring 20 prosent. I 2014 kjøpte vi 6 prosent mer grønnsaker enn året før. Likevel er ikke gjennomsnittsnordmannen helt i mål – vi bør spise mer frukt og grønt, fisk og grove kornprodukter.

Tallene fremkommer i Helsedirektoratets [Utvikling i norsk kosthold](#), en årlig statusrapport og presentasjon av nordmenns matvaner i året som gikk. Rapporten gir også tall tilbake til 50-tallet, og gir et bilde av hvilke trender som har preget det norske kostholdet over tid. Rapporten baseres på matforsyningsstatistikk, forbruksundersøkelser fra kostholds- og intervjuundersøkelser.



– Jevnt over forteller årets rapport om positive trender, sier divisjonsdirektør for folkehelse, Linda Granlund. – Tallene for forbruk av grønnsaker er de høyeste vi noen gang har sett, så det er bra! Med det sagt, er vi ikke så opptatte av statistikkendringene fra år til år. Det virkelig interessante er å se utviklingen over tid, slik at vi kan se på hvilke trender som

må endres i et folkehelseperspektiv. De siste ti årene har for eksempel forbruket av grønnsaker, frukt og bær økt med omkring 20 prosent. Det kan bidra til å minske risikoen for både hjerte- og karsykdommer og flere former for kreft.

Mer matoljer, men for mye mettett fett

Andelen mettett fett i kosten gikk gradvis ned fra 1970 til 1990, men økte igjen, og er nå vesentlig høyere enn det Helsedirektoratet anbefaler.

– Det er fint at vi spiser mer matolje til fordel for smør. Det gir en bedre balanse i kostens fettsyresammensetning. Vi ønsker i tillegg å se en enda større dreining mot de magrere meieri- og kjøttproduktene, sier Granlund. – Det er god dokumentasjon for at man kan redusere risikoen for hjertesykdom ved å bytte ut en del av det mettede fett med flerumettet fett. Dessverre spiser nordmenn en god del mer mettett fett enn anbefalt.

Fortsatt for lite fisk og for mye kjøtt

Inntak av fisk minsker risikoen for hjerte- og karsykdom. Derfor er det uheldig at vi i gjennomsnitt spiser omtrent dobbelt så mye kjøtt som fisk. Fiskeinntaket har heller ikke økt forrige år slik det gjorde året før. Forbruket av kjøtt har økt mye over lang tid, men det gikk noe ned i 2014. Forbruket har gått ned både for rødt og hvitt kjøtt det siste året.

– Vi ønsker at folk skal spise fisk til middag like ofte som de spiser kjøtt, sier Granlund. 2–3 middager av hvert slag hver uke, sammen med grønnsaker, bønner, belgfrukter eller andre planteprodukter gir en bedre sammensetning av næringsstoffer.

Sosiale ulikheter en utfordring

Det er forskjeller i spisevaner avhengig av utdanningslengde. Den delen av befolkningen med lengst utdanning spiser mer grønnsaker, frukt og bær, og oftere fisk enn den delen av befolkningen med kortere utdanning.

– Det er for store sosiale ulikheter i levevaner, og det gjelder også kostholdet vårt. En av våre store oppgaver er å redusere disse forskjellene. For oss i Helsedirektoratet betyr dette blant annet at vi jobber stadig mer bevisst med målrettede tiltak mot ulike grupper både i helsevesenet, i skole og barnehager og mot befolkningen generelt, og vi samarbeider stadig mer med matbransjen om tiltak for folkehelsen, sier Granlund.

Pressehenvendelser

Live Bøe Henriksen, 99 00 26 00, live.boe.henriksen@helsedir.no

Relatert innhold (klikkbare lenker):

- [Helsedirektoratets kostråd \(helsenorge.no\)](http://helsedirektoratets.kostrad.no)
- [Norske anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet, basert på Nordic Nutrition Recommendations 2012](#)
- «Små grep» på Facebook ([facebook.com](https://www.facebook.com/helsedirektoratet))

Referansekode i 'Helserrådet': ERN 2016-10. Stikkord: Fettinnhold i kosten.



Helsedirektoratet

05.10.2015

Saltpartnerskapet: Et krafttak for folkehelsen

Innen 2018 skal saltinntaket i Norge reduseres med 15 prosent. I dag signeres en historisk avtale som formaliserer samarbeid på tvers av norske myndigheter, organisasjoner og næringsliv.

– Hvis vi skal nå målet om 15 prosent mindre salt innen 2018, må vi ta ansvar i fellesskap. Dagen i dag får meg til å tro på at vi får det til, sier helsedirektør Bjørn Guldvog.

Nordmenn spiser dobbelt så mye salt som anbefalt. For mye salt fører til økt blodtrykk, og økt blodtrykk øker risikoen for hjerte-/karsykdommer som hjerteinfarkt og hjerneslag.

Helsedirektoratet lanserte i juni 2014 sin tiltaksplan for å redusere saltinntaket i befolkningen. Ett av tiltakene i planen er «Saltpartnerskapet», et samarbeid mellom matvarebransjen, serveringsbransjen, forskningsmiljøer, bransje- og interesseorganisasjoner og helsemyndighetene.

To av hovedmålene for partnerskapet er:

- å øke bevisstheten om at saltreduksjon gir bedre folkehelse
- å redusere mengden salt i bearbeidet mat

I tillegg er kompetanseheving, forskning og utviklingsoppgaver, overvåking av saltinnholdet i matvarer, bedre merking og informasjon til forbrukere sentrale oppgaver. Som et første konkret prosjekt har bedrifter innen samme bransje i felleskap utarbeidet mål for saltinnhold i ca 100 matvarekategorier.

70–80 prosent av saltet kommer fra bearbeidet mat

Kun 10 prosent av saltet vi får i oss kommer fra det vi tilsetter selv. Ferske råvarer står også for om lag 10 prosent.

– En liten reduksjon i saltinnholdet i maten vi kjøper eller får servert, vil kunne gjøre en stor forskjell for befolkningens helse, sier helse- direktør Bjørn Guldvog. – En reduksjon i saltbruken hjemme hos den enkelte forbruker vil ha positive effekter, særlig fordi behovet for salt smak er tillært, og følgelig noe man kan venne seg av med. Men de store effektene oppnås ikke ved at hver enkelt kniper på saltet på egget. 70–80 prosent av saltinntaket kommer fra industriebearbeidede matvarer og mat spist på serveringssteder, sier Guldvog.

Likeverdige i saltpartnerskapet

Partene i Saltpartnerskapet har lenge jobbet for saltreduksjon, men med hver sine utgangspunkt. Helsemyndighetene vil ha reduksjon i sykdom og for tidlig død. Forbrukerne vil ha mat som smaker bra og som gjerne er bra for helsa – men ikke alltid. Produsenter og for- handleere har ikke levedaggrunnlag om ikke kundene kjøper produktene deres.

– Vi må jobbe i fellesskap slik at forbrukerne faktisk kjøper maten med det reduserte saltinnholdet. Partene i partnerskapet har ulike oppgaver, men er likeverdige aktører som forplikter seg gjennom en intensjonsavtale, og det er i denne likeverdigheten nøkkelen til suksess ligger, sier Guldvog.

Særlige ansvar og suksesskriterier

- Matindustrien og serveringsbransjen kan ta ansvar for å redusere saltinnholdet i produktene, ikke det faktiske saltinntaket i befolkningen.
- Nærings og bransjeorganisasjonene vil oppfordre medlemmene til deltakelse i saltpartnerskapet.
- Forbrukerorganisasjoner vil bidra med informasjons- og opplysningsarbeid og gi innspill til arbeidet i partnerskapet for å ivareta sine medlemmers interesser.
- Myndighetene må gjennom kampanjer påvirke forbrukerholdninger: Det må skapes bevissthet om saltets betydning for helsen og etterspørsel etter produkter med mindre salt.
- Saltreduksjon må skje suksessivt for å venne forbrukeren til mindre saltsmak og forhindre overgang til andre merker/importprodukter med høyere saltinnhold.
- Potensialet for reduksjon for ulike matvaregrupper vil variere, da salt er viktig både for smak, teknologiske egenskaper og mattrygghet.
- Det er behov for forskning på saltreduksjon og produktutvikling.

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2016-11. Stikkord: Saltinntak.



Helsedirektoratet

01.10.2015

Ny nasjonal faglig retningslinje for mat og måltider i skolen

Landets skoler har etterspurt mer veiledning om tilrettelegging for skolemåltid. En oppdatert faglig retningslinje for skolemåltidet skal gjøre det enklere for kommuner, fylkeskommuner og skoleledelse å finne de gode grepene for å bedre elevenes måltider.

– Skolemåltidet har mange viktige funksjoner, sier Linda Granlund, divisjonsdirektør i Helsedirektoratet. – Det har stor betydning for barnas helse på kort og lang sikt, for konsentrasjon og innsats og for sosial tilhørighet. En satsing på skolemåltidet kan gi store effekter på flere ulike felter.

Det er svært ulik praksis på ulike klassetrinn, i ulike kommuner og på ulike skoler og skolefritidsordninger. Den forrige retningslinjen fra 2003 var ikke like godt tilpasset spennet i tilbud og rutiner.

– I den nye retningslinjen har vi forsøkt å gi alle gode råd uavhengig av om de har kantinnetilbud eller ikke, om det finnes ernæringskompetanse på skolen og om det er mange eller få elever. Noen elementer, slik som spisetid, er vesentlig for alle. Da vi kartla skolemåltidet nasjonalt i 2013, fant vi at en stor andel av barna ikke har 20 minutter spisetid. Hvis man ikke har nok spisetid, så hjelper det ikke om maten er aldri så bra. Matens næringsinnhold har ingen verdi før den er fortært, sier Granlund.

Noen utfordringer knyttet til barn og unges skolemat er:

- For lite grønnsaker og frukt
- For lite grove kornprodukter
- For mye søtt pålegg og for lite fiskepålegg i matpakken
- Andel barn og unge som drikker melk til lunsj synker
- Sukkerholdig drikke er den viktigste årsaken til at barn og unge får i seg for mye sukker

– Skolen har en utrolig viktig rolle i barns helseutvikling. Skolene kan ikke pakke matpakken for barna, men man kan ved å styrke kompetansen og å vektlegge måltidene, bidra til et kosthold som er helsefremmende både akkurat nå og i fremtiden. Retningslinjen er et nyttig og godt verktøy, og vi vet at gevinsten ved å følge den kan være stor både på samfunnsmessig og individuelt nivå. Å satse på gode måltider i skolen har flere steder gitt positive resultater på miljø og trivsel, sier Granlund.

Se Nasjonal faglig retningslinje for mat og måltider i skolen (klikkbar lenke)

Hovedinnhold i retningslinjen

Vi legger spesielt vekt på de fire t-er:

- Tid (minimum 20 min spisetid, ikke inkludert ordenselevplikter, håndvask og lignende)
- Tilsyn av en voksen i spisepausen (gjelder spesielt barneskole og SFO)
- Tilbud av mat og drikke og gode spisefasiliteter
 - o Mat og drikke som tilbys skal være i tråd med Helsedirektoratet kostråd
 - o Spiseomgivelsene skal være fysisk tilrettelagt for måltider som fremmer matglede, sosialt samvær, trivsel og helse
- Trygg mat (mattrygghet, hygiene og allergi)

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2016-12. Stikkord: Skolemat. Skolemåltider.

Fysisk aktivitet beskytter mot depresjon etter hjerteinfarkt

(forskning.no 9.1.2016)

Folk som er regelmessig fysisk aktive, blir sjeldnere deprimert etter et hjerteinfarkt.

Steinar Brandslet, journalist i Gemini.no. En artikkel fra NTNU.

Tidligere studier viser at trening øker overlevelsen av et hjerteinfarkt. Nå viser det seg at treningsvaner også påvirker hvordan kroppen takler et hjerteinfarkt i tiden etterpå.

Depresjon er tre ganger vanligere blant folk som har opplevd et hjerteinfarkt sammenlignet med folk som aldri er blitt rammet av det. Men den nye undersøkelsen viser at folk som trener regelmessig i lang tid før hjerteinfarkt oppstår, har langt mindre risiko for å miste motet i tiden etterpå.

– Fysisk aktivitet beskytter mot depresjon etter gjennomgått hjerteinfarkt, oppsummerer førsteamanuensis Linda Ernsten ved NTNU.

Se hele artikkelen samt en del relaterte materiale fra forskning.no ved å klikke på <http://forskning.no/hjertet-depresjon-trening/2016/01/fysisk-aktivitet-beskytter-mot-depresjon-etter-hjerteinfarkt>.

Referansekode i 'Helserådet': FYS 2016-5. Stikkord: Trening. Trening etter hjerteinfarkt.

Du får bedre helse i dårlige tider (forskning.no 3.1.2016)

Mange frykter at flere blir uføre når arbeidsledigheten stiger. Men det motsatte skjer for befolkningen som helhet.

Bård Amundsen, frilansjournalist. En artikkel fra Norges forskningsråd.

Fenomenet er oppdaget av samfunnsforskere i mange land, uten at noen foreløpig har en sikker forklaring på det, nemlig at når befolkningen i et land opplever tøffere økonomiske tider, får de bedre helse og lever i gjennomsnitt lenger.

Påvist også i Norge

I en studie ved Universitetet i Stavanger er det samme nå påvist også i Norge. Studien er en del av doktorgradsarbeidet til samfunnsøkonomen Venke Furre Haaland.

Haaland og kollega Kjetil Telle fant at når arbeidsledigheten stiger med ett prosentpoeng, så reduseres dødeligheten i befolkningen med 0,5 prosent.

Studien er basert på data som omfatter hele befolkningen i Norge i årene 1977 til 2008.

Se hele artikkelen samt en del relatert materiale fra forskning.no ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/helse-samfunnsokonomi/2015/12/du-far-bedre-helse-i-darlige-tider>.

Referansekode i 'Helserådet': HST 2016-2. Stikkord: Dårlige tider. Nedgangstider. Arbeidsledighet.

Tverrfaglig suksess med psykolog i kommunen

Osterøy kommune har ansatt psykolog i Familiens Hus, og ser at tverrfaglig arbeid har vært suksesskriteriet både i rekrutteringen og for å forbedre tjenestene.

Et av målene for Helsedirektoratets rekrutteringstilskudd for psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er at psykologene skal inngå i tverrfaglig samarbeid med relevante aktører i kommunen.

Søk tilskudd (direkte klikkbar lenke):

[Psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene](#)

Osterøy kommune har mottatt rekrutteringstilskudd og ansatt psykolog i tilknytning til det tverrfaglige tilbudet «Familiens hus». Det er de godt fornøyd med: – Vi ønsket å jobbe mer tverrfaglig, forebyggende og systemrettet. Erfaring fra tverrfaglig samarbeid er nøkkelkompetanse, forteller Vibeche Furrebøe Levsen, leder for Familiens hus i Osterøy kommune.

– Tverrfagligheten og kompetanseutveksling mellom ulike profesjoner er nettopp det vi ønsker å stimulere til. Det vil gjøre helheten i den kommunale helse- og omsorgstjenestene bedre, sier Anette Mjelde, avdelingsdirektør i Helsedirektoratet.

– Vi så at vi hadde flere oppgaver hvor vi hadde behov for psykologkompetanse i Barnevernet, PPT, skole og barnehage, i tillegg til på individnivå. Vi ønsket å dele på denne kompetansen i en samlet tjeneste i Familiens Hus, sier Levsen.

I Osterøy består Familiens Hus av barnevernstjenesten og PPT, samt Tverrfaglig tjeneste som er et lavterskeltilbud som skal hjelpe familier, barn og ungdom med rådgivning, samtaler, terapi og praktisk hjelp i hjemmet.

Familiens hus har tjenester rettet mot barn og unge, men også voksne som er foreldre eller i annen relasjon til barn. –Den beste hjelpen til et barn kan være å veilede foreldrene og andre voksne, sier Levsen.

Tverrfaglighet er et suksesskriterium

– Vi opplevde at tverrfaglighet i arbeidet var et fortrinn i rekrutteringsprosessen, sier Levsen om hvordan en mindre kommune som Osterøy gikk frem for å rekruttere en psykolog.

– Vi opplever at psykologen kommer i et godt fellesskap med gode faglige diskusjoner i Tverrfaglig tjeneste, forklarer Levsen videre. Fordelingen av oppgaver i den tverrfaglige tjenesten gjøres slik at hele tjenesten sitter sammen og fordeler saker. Familiens Hus i Osterøy har tverrfaglig samarbeid som et suksesskriterium.

– Utgangspunktet vårt er hvem som best kan hjelpe barnet eller familien, sier Levsen. Det er ikke én fagprofesjon som har monopol på å hjelpe, men hjelperne velges ut i fra behovet for kompetanse. Det er viktig at psykologkompetansen brukes best mulig og at psykologen kan benyttes i ulike roller etter behov.

Dekker både samfunnsrettet og individrettet arbeid

– Det er et mål for denne tilskuddsordningen at psykologstillingen utformes slik at kompetansen så langt som mulig omfatter hele spennet fra samfunnsrettet til individrettet arbeid, sier Anette Mjelde.

Rekrutteringstilskuddet til psykologer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten har eksistert siden 2009. Ordningen ble evaluert og utvidet i 2013. I 2015 er tilskuddsordningen på totalt 100 millioner kroner.

[Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](#) (Napha.no) gjennomfører på oppdrag fra Helsedirektoratet nettverkssamlinger for psykologene som er ansatt gjennom rekrutteringstilskuddet.

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2015 -78. Stikkord: Psykologtjeneste.

Legens plass i samfunnsdebatten - mediekurs for leger i Bodø 31. mai og 1. juni

Hvordan tenker og jobber journalister? Hvor går grensene mellom taushetsplikt versus ytringsfrihet for leger? Hva gjør man når media ringer og vil ha kjappe svar på kompliserte tilstander og vanskelige pasientsaker?

Helsejournalist **Tine Dommerud** i Aftenposten
Fastlege og journalist **Ole Kristian Losvik**
Jurist **Jan Eikeland** fra JA-avdelingen

Samfunnsdebattant og kronikkforfatter **Gisle Roksund**
 Kommuneoverlege og blogger **Laila Didriksen**
 Legevakslege, fastlege og lokalsykehusforkjemper **Sverre Håkon Evju**
 Kommunikasjonssjef **Knut Braaten**

Mye praktisk medietrening med proffe mediefolk.
 Kurset er godkjent som valgfritt kurs i alle spesialiteter med 16 poeng.

For påmelding: http://nordland-legeforening.trmed.no/kurs/51/bodoe_mediekurs_for_leger
 Ved spørsmål, ta kontakt med kommunikasjonsrådgiver Tove Myrbakk på tove@nordland-legeforening.no eller 911 79899

Referansekode i 'Helserådet': MET 2016-4. Stikkord: Medietrening.

Fra Norsk Samfunnsmedisinsk Forening 13.1.2016:

Kurs i global helse

Til utdanningskandidater i samfunnsmedisin:

Vi viser til utsendt informasjon om kurs i global helse som arrangeres av Folkehelseinstituttet i samarbeid med Norsam. Kurset gjennomføres i Oslo 16-19 februar 2016.

Vi har fortsatt ledige plasser på kurset. Påmeldingsfristen er 15 januar, og det vil også være mulig å melde seg på etter fristen. Vi kan imidlertid ikke holde av rom på kurshotellet (Radisson Nydalen) etter dette, slik at de som ønsker overnatting på kurshotellet bør sende påmelding så snart som mulig.

Se informasjon og påmelding på Norsams hjemmeside: www.legeforeningen.no/norsam

Med vennlig hilsen
 Norsk samfunnsmedisinsk forening

Referansekode i 'Helserådet': MET 2016-6. Stikkord: Global helse.

Migrasjons- og flyktningehelse

Vi gjør oppmerksom på følgende publikasjoner som nylig er utgitt av WHO:

1. Public Health Aspects of Migrant Health: a review of the evidence on health status for undocumented migrants in the European Region
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/289255/WHO-HEN-Report-A5-3-Undocumented_FINAL-rev1.pdf
2. Public Health Aspects of Migrant Health: a review of the evidence on health status for labour migrants in the European Region
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/289245/WHO-HEN-Report-A5-1-Labour-FINAL.pdf?ua=1
3. Public Health Aspects of Migrant Health: a review of the evidence on health status for refugees and asylum seekers in the European Region
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/289246/WHO-HEN-Report-A5-2-Refugees_FINAL.pdf

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2016-5. Stikkord: Migrasjon. Flyktninger.



Einar Braaten: Kommunelegens blogg 3.1.2016:

Folk i folkehelse-vater

Jeg er ikke noe glad i "folkehelse" -begrepet. Jeg er ganske forført over det nesten paniske fokus på trening sunn kost og fokus på slanke, billedskjønne kropp. Nå i romjula har jeg fått tid til å tenke. Jeg har fyrt opp grublingen min med å lese Per Fugellis "Sitater av Per Fugelli" og blitt utfordret av Øvre Eiker kommunes rådmann til å skrive om hvordan vi kunne få: "et folk i folkehelse-vater, et lokalsamfunn i vater – det kunne du ha skrevet om..?"

Så det har jeg tenkt å grubleskrive litt om: Folk i folkehelse - vater.

Med god hjelp fra sitater fra Per Fugelli fordi jeg aldri vil klare å uttrykke meg så godt som han og fordi jeg er grunnleggende enig i hans verdisyn og menneskesyn.

"Hvis noe bør holde hellig på jorden, må det være menneskesinnet, den siste jungelen, det ultimate fristedet, det radikale demokratiet - fordi sinnet er ditt og ditt alene."

Hvis vi noen gang skal kunne mene noe om en befolknings helse, folkehelsen, så må vi erkjenne at vi mennesker er oss sjøl. Vår kropp er enestående sammen med vårt helt spesielle egne menneskesinn.

Problemet med statlige/offentlige satsinger på å bedre folkehelse er at det er så lett å uniformere løsninger. Fordi begrepet Folkehelse består av halvparten helse skal det så lite til før løsningene blir tvangstrøyer for hvordan alle innbyggere skal oppføre seg for å få god helse. Slik Per Fugelli beskriver menneskesinnet, er folkehelsebegrepet en sjølmotsigelse. Man kan ikke snakke om folkehelse i entall når flokken består av individer med forskjellige kropp og sinn!

Et vater måler hva som er horisontalt. Straks du bikker litt på vateret, kommer måleboblen ut av balanse. I motsetning til vateret snekker'n bruker, som alltid viser det samme uansett hva du måler, så kan man ikke bruke et folkehelsevater på befolkningen. Balansepunktet for din helse er helt annerledes enn for meg. Mitt vater passer ikke på kroppen din.

Når man spør folk rundt omkring i verden hva de ønsker seg aller mest i livet, svarer de aller fleste: "god helse". Hvis man leser aviser og alle andre medier, også sosiale medier, forstår man raskt at de presenterer en tolkning av hva det vil si å ha god helse: Du skal være slank, pen, spise sunn mat og trimme regelmessig. Alle som ikke gjør det, trenger tiltak eller behandling.

Per Fugelli skriver: *"Molière skrev Den innbilt syke. Dagbladet lever godt av å skremme oss 'innbilt friske'"*

Hvis vi alle skal følge rådene med store bokstaver på forsiden av mediene vil snart ingen av oss være friske. God helse kan nemlig ikke defineres av utseende, hva du spiser eller hvor mye du trimmer. God helse er et begrep som bare kan brukes på deg og ikke på andre. Det er bare du som kan definere hva som er god helse for deg. Dette ser vi tydelig når man spør ut i befolkningen. Folk med alvorlig sykdom eller funksjonstap kan godt mene at de har god helse. På den andre siden kan fysisk helt friske, sterke og sunne personer føle at de ikke har god helse.

Nå blir det ikke lett å beskrive hva man kan gjøre med seg selv for å få god helse. Hvis man ikke har det, da. Enda verre hvis man sitter i en kommune, eller i statlige organ, og vil bidra til å bedre folkehelsen. (Fri meg fra det fæle helsebegrepet!)

Men *"Helse og sykdom, liv og død er ikke ild og vann. Det er tvillinger som bør gå hånd i hånd gjennom tilværelsen"*.

Det er bare du som kan lage balanse i ditt liv. Allikevel finnes det mange måter å hjelpe deg å finne din balanse på. Som kommunelege er jeg opptatt av disse verktøyene. Jeg har så lyst til å finne skiftenøkkelen som passer til din helsemutter! Dessverre er vi i helsevesenet lite flinke til å finne rette verktøyet for slike muttere: *"Ordet helse kommer av gammelnorsk heil, som betyr helhet. Likevel klipper sykehuset pasienten opp i tusen biter og drysser nyrer og lunger og knokler, som konfetti, ned i tusen teknologier og spesialiteter"*. Videre skriver Per Fugelli: *"Legene må ikke stenge seg inne i vitenskapen"*. Derfor skal du ikke la oss leger definere hva som er din "god helse" eller å være i ditt vater.

Tradisjonelt sier vi at 90% av helsefremmende og forebyggende helsearbeid skjer utenfor helsevesenet. Det er her de aller fleste verktøyene ligger som kan hjelpe hver enkelt innbygger til å få bedre helse eller opprettholde god helse. (Hvis det er det du ønsker, da! Vi kan nemlig diskutere lenge om det er bra for helsa di at vi hele tiden skal strekke oss og jobbe for å bli bedre. Det kan være mye godt i bare å akseptere at man er som man er og trives med det!)

Som kommunelege og samfunnsmedisiner har jeg heldigvis lært mye om hva som er bra for folks helse uten at jeg har låst meg inne i "vitenskapen". Derfor gløder jeg for to hovedtiltak i kommunen som jeg mener er de desidert beste tiltakene for å sikre god "folkehelse".

1. Full barnehagedekning med flinke fagfolk som skjønner hvor viktig det er å lære opp barn og foreldre i sunn oppvekst. Dette må jo fortsettes opp gjennom skoletida!
2. Satsing på frivillig sektor. Mest mulig allsidige tiltak. Idrett, fritid og kultur er de beste verktøyene du kan få som bygger opp og sikrer deg god helse.

Jeg mener at en kommune i folkehelsevater sørger for at disse to områdene alltid er godt dekket. For å klare det må det både være sta politikere og administrasjon i kommunen som tør holde fast ved å bruke penger på disse to områdene gjennom 10-år framover. Svært få politikere blir så lenge i sine politiske verv at de kan se seg tilbake å si: "Se hva vi fikk til". Heller ikke kommuneleger eller rådmenn. Vi blir sjelden 30 - 40 år i stillingene våre, men det tar så lang tid å få effekt av helsefremmende og forebyggende helsearbeid. Vi snakker egentlig om at det må være en kultur i kommunen som alltid sørger for denne satsingen. Og det på toppen (eller i bunn) av alle de andre store utfordringene som det er i kommunene!

I vår kommune har vi egentlig bare én helsetjeneste som har skjont dette. [Aktiv Eiker, vår frisklivssentral, har skjont det](#) (klikkbar lenke). De bruker engasjerte frivillige i sitt arbeid og henviser (følg linken over) til alle de andre frivillige aktivitetstilbudene. Det er jo der kapasiteten og allsidigheten ligger!

Som flink kommunelege er det lett å bli sett på som forvalter av "god helse". En ivrig helseimperialist. Imidlertid vil jeg ha et ord med i den saken. Som Per Fugelli vil jeg bli kjent for, og kjempe for, at "godt nok" er vårt mål. Alles mål. *"Det er der vi er nesten alle sammen, nesten hele tiden i godt nok, i alminnelig bra. Det er der vi må trives og bygge våre selvbilder."*

Kanskje bør vi lyse helsefred over folk og land?

Referansekode i 'Helserådet': PER 2016-2. Stikkord: Livsstil. Braaten, Einar. Fugelli, Per.

HELSETILSYNET

[06.01.2016]

Lovforarbeider - Helsepersonelloven

Oppdatert bl.a. med endring politiattest og hvem som er utelukket fra å yte helse- og omsorgstjeneste til barn eller personer med utviklingshemming (tilpasning til straffeloven) (§ 20a). ..

[Les mer](#)

[06.01.2016]

Lovforarbeider - Sosialtjenesteloven

Oppdatert med to endringer: økonomisk stønad til barnefamilier (barns inntekt av arbeid i fritid og skoleferier ikke tas hensyn til) (§ 18) ..

[Les mer](#)

[06.01.2016]

Lovforarbeider - Barnevernloven

Oppdatert med to endringer: utreiseforbud, plikt for barnevernstjenesten til å gi opplysninger til myndighetene i barnets oppholdsstat og barnevernets ansvar ved internasjonale barnebortføringsaker (§ 4-13, ny § 4-31, § 6-7) og: politiattest og adgang ..

[Les mer](#)

[06.01.2016]

Lovforarbeider - Helse- og omsorgstjenesteloven

§ 3-5 tredje ledd om kommunens plikt til å sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp er nå trådt i kraft. ..

[Les mer](#)

Referansekode i 'Helserådet': HRE 2016-1. Stikkord: Lovarbeid.

Psykisk helse avgjørende for om du dropper ut av skolen

(forskning.no 10.1.2016)

Psykiske problemer ser ut til å være en viktig forklaring på hvorfor mange ikke fullfører skolen. Og det er like viktig uansett hvilken sosial bakgrunn eleven har.

Stig Nøra, journalist. En artikkel fra [Høgskolen i Oslo og Akershus](#).

Nærmere 30 prosent av norske elever fullfører ikke videregående skole, og tallene har vært stabile over flere år. Mye har vært gjort for å redusere frafallet – uten å lykkes.

Forskere fra Høgskolen i Oslo og Akershus (HIOA) og Institutt for samfunnsforskning (ISF) har nå forsøkt å finne ut hvilke risikofaktorer som øker sannsynligheten for at elever dropper ut av videregående skole.

De har tatt utgangspunkt i helseundersøkelsen i Oslo (Unghubro) og koblet den sammen med utdanningsregisteret og fødselsregisteret.

Se hele denne artikkelen fra forskning.no samt en del relatert materiale ved å klikke på <http://forskning.no/psykiske-lidelser-skole/2015/12/psyken-avgjør-om-du-dropper-ut-av-skolen> .

Referansekode i 'Helserådet': PSY 2016-2. Stikkord: Drop out i skolen.



Helsedirektoratet

22.12.2015

Endringer i alkoholloven fra 1. januar

Prikktildelingssystem, kunnskapskrav til kontrollører og flere kontrollører er noen av de nye endringene som trer i kraft fra 1. januar. Til sammen skal disse sikre et tryggere uteliv.

Det drikkes mere alkohol, og omfanget av alkoholskader og -problemer øker med forbruket. Bevillingsordningene bidrar til å redusere forbruk og problemer, men likevel er det store utfordringer knyttet til overskjenking og salg og skjenking av mindreårige, og bruk av reaksjoner er lav. Fra nyttår innføres derfor strengere krav til kommunenes reaksjon ved brudd på alkoholloven, og økte krav til kommunenes kontroll med bevilgninger.

Nytt prikkdelingssystem

1. januar 2016 trer nye regler om prikktildeling i kraft, og kommunene vil da være forpliktet til å tildele salgs- og skjenkesteder et bestemt antall prikker ved regelbrudd. Tolv tildelte prikker i løpet av to år vil føre til en standardreaksjon på inndragning av bevillingen i én uke. Formålet med ordningen er å bedre salgs- og skjenkestedenes etterlevelse av regelverket og forenkle saksbehandlingen av inndragningsaker i kommunen. Samtidig skal systemet skape større grad av likhet og forutsigbarhet for bevillingshaverne, uavhengig av hvilken kommune de driver næringsvirksomhet i.

Helsedirektoratet har utarbeidet [merknader til de nye bestemmelsene om prikktildeling \(PDF\)](#). Merknadene er foreløpige og ytterligere presiseringer vil komme på et senere tidspunkt.

Helsedirektoratet har samtidig utviklet flere nye verktøy som skal bidra til at det blir enklere for bransjen å oppfylle kravene, blant annet [e-læringskurs for ansatte](#) og [internkontrollguide](#).

– Det er ikke et mål for oss at flest mulig steder skal få flest mulig prikker når den nye ordningen trer i kraft. Vi ønsker å bidra til at bransjen lykkes i sitt arbeid med ansvarlig salg og skjenking og dermed unngår å få prikker, sier Hilde Skyvulstad, avdelingsdirektør i Helsedirektoratet.

Nye krav til kontrollører og kontroll av skjenkesteder

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

Samtidig innføres det krav om at kontroll av skjenkesteder skal gjennomføres med minst to kontrollører. Denne endringen gjelder kun skjenkekontroll og ikke salgskontroll.

– For at bransjen skal være trygg på at kontrollen utføres på riktig måte, er det også viktig at kontrollørene har tilstrekkelig kompetanse og at det er god kvalitet på kontrollene, sier Skyvulstad.

Økt gebyr for salg og skjenking

Det er også vedtatt endringer i gebyrsatsene i alkoholforskriften § 6-2. Alle gebyrene er inflasjonsjustert. Gebyrene for skjenking er i tillegg til inflasjonsjusteringen, økt med 5 prosent fordi skjenkekontroller fra 1. januar 2016 skal utføres med to kontrollører.

Alkoholloven og nye merknader (klikkbare lenker):

[Helsedirektoratets merknader til de endrede bestemmelsene \(PDF\)](#)

[Alkoholloven](#)

Referansekode i 'Helserådet': RUS 2016-1. Stikkord: Alkoholloven.



30.10.2015

Endringer i alkoholreklameforbudet

Reklameforbudet mot alkohol justeres. Målet er å gjøre det lettere for bransjen å forholde seg til regelverket. Endringene trer i kraft 1. november 2015.

Et av våre fremste alkoholpolitiske virkemidler er forbudet mot alkoholreklame. Samfunnsutviklingen og praktiseringen av forbudet har imidlertid medført et behov for å gjøre enkelte justeringer og presiseringer. Helse og omsorgsdepartementet har derfor vedtatt noen endringer som får betydning for både bransjeaktører og forbrukere.

Enklere for bransje og forbruker

Målet med å endre regelverket er blant annet å gjøre det enklere for bransjen å forholde seg til regelverket gjennom klarere rammer for hva som er tillatt og ikke. Samtidig imøtekommes forbrukernes behov og forventninger til faktainformasjon om alkoholholdig drikk.

Endringene innebærer blant annet:

- at produsenter og grossister kan gi nøktern informasjon, herunder bilder, om produktene på sine hjemmesider, samt på arrangementer som messer, omvisninger og kurs
- at det åpnes for produktbilder i Vinmonopolets nettbutikker og andre nettbutikker med rett til alkoholsalg
- en presisering av hvilken informasjon salgs- og skjenkesteder kan gi om den alkoholholdige drikken de selger
- at forbrukere som ønsker fakta om alkoholholdig drikk lettere vil finne denne informasjonen

Viktige forutsetninger

En viktig forutsetning for at de aktuelle bransjeaktørene skal kunne informere om sine produkter, er at informasjonen kun gis i kommunikasjonskanaler som oppsøkes av forbruker, som for eksempel en leverandørs hjemmeside.

En annen forutsetning er at opplysningene må være nøkterne, faktabaserte og ikke gå lenger enn det som er nødvendig for at forbrukerne skal få informasjon om produktenes egenskaper.

Nye merknader utarbeidet

I forbindelse med at nye forskriftsbestemmelser trer i kraft, har Helsedirektoratet utarbeidet merknader til de nye bestemmelsene.

Samtidig er merknadene til alkoholovens kapittel 9 og alkoholforskriftens kapittel 14 gjennomgått og revidert. De nye merknadene gjelder fra 1. november 2015 og erstatter tidligere merknader i Håndbok i alkoholoven (Rundskriv IS-5/2008).

- [Helsedirektoratets merknader til alkoholovens bestemmelser om alkoholreklame, gjeldende fra 1.11.2015 \(PDF, 2015\)](#)

De nye merknadene vil også bli publisert i en digital versjon i løpet av noen måneder.

Referansekode i 'Helserrådet': RUS 2016-3. Stikkord: Alkoholreklame.

Rusmiddeltesting –praktiske prosedyrer?

Spørsmål fra kommuneoverlege Kjell Gunnar Skodvin 16.1.2016:

Vil gjerne høre om noen ute på Eyr har utviklet gode praktiske prosedyrer for rusmiddeltesting. Det er i hovedsak urinprøver det dreier seg om.

Har noen laget en fin plakat, evt. med illustrasjon, som beskriver framgangsmåten:

- * Urinprøvene tas under tilsyn av helsepersonell. Prøvegiveren må
- ta av yttertøy
- løfte opp genser/undertrøye slik at midjen kan "inspiseres" helt rundt
- trekke genserermer opp til over albuen

"Under tilsyn" - idéer til hvordan det best gjennomføres?

- helsepersonell inne i samme rom som urinprøven avgis
- helsepersonell oppholder seg i annet rom enn der urinprøven avgis, overvåker gjennom "enveisglass" eller luke i veggen
- videoovervåking?

Referanse: Helsedirektoratets Rundskriv IS-2231 Prosedyrer for rusmiddeltesting, Kapittel 5 Prøvetaking, <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/788/Prosedyrer-for-rusmiddeltesting-IS-2231.pdf>

Med vennlig hilsen Kjell Gunnar Skodvin kommuneoverlege tlf. 75 68 21 36 / 414 03 895 Saltdal helsesenter, Jernbanegata 45, 8250 Rognan. E-post: kjell.gunnar.skodvin@salths.nhn.no.

Referansekode i 'Helserrådet': RUS 2016- 2. Stikkord: Rusmiddeltesting.



Helsedirektoratet

21.12.2015

Lettere tilgjengelig prevensjon: Utvidet rekvireringsrett for helsesøstre og jordmødre

Nytt rundskriv gir utfyllende informasjon om forskriftsendring og de ulike ordningene.

Helsesøstre og jordmødre får fra januar 2016 utvidet rekvireringsrett for prevensjonsmidler. En endring i [forskrift om legemidler fra apotek \(lovdata.no\)](#) innebærer blant annet at helsesøstre og jordmødre med relevant utdanning kan:

- rekvirere alle typer prevensjon til alle kvinner over 16 år
- rekvirere prevensjonsmidler uavhengig av arbeidssted

Helsesøstre og jordmødre får samtidig anledning til på selvstendig grunnlag å administrere langtidsvirkende, reversibel prevensjon (LARC) som p-stav og spiral. Forutsetningen er at de har fått tilstrekkelig opplæring i å sette inn og ta ut disse prevensjonspreparatene.

Helsedirektoratet har gitt ut et rundskriv som beskriver endringen i forskrift om legemidler fra apotek, retningslinjer for nødvendig utdanning og praksiskrav for administrering av LARC.

Rundskriv (direkte klikkbart)

[Utvidet rekvireringsrett til helsesøstre og jordmødre for prevensjonsmidler – Helsesøstre og jordmødres administrering av langtidsvirkende, reversibel prevensjon \(LARC\)](#)

Referansekode i 'Helserådet' SEX 2016-3. Stikkord: Prevensjonsmidler.



Helsedirektoratet

14.1.2016

Færre ungdommer snuser og røyker

13 prosent av befolkningen røyker, og 10 prosent snuser daglig, viser nye tall fra SSB.

SSBs tall om røyking i Norge for 2015 viser at nesten én av tre (31 prosent) har brukt tobakk røyk eller snus i 2015. Like mange røyker i år som i fjor, og det er de eldste som røyker mest, mens yngre tydelig foretrekker snus.

– I fjor så vi en stor nedgang i hvor mange som røyker daglig. At det ligger på samme nivå i år, bekrefter at dette ikke var en tilfeldig nedgang, og viser at utviklingen går i riktig retning, sier Linda Granlund, divisjonsdirektør i Helsedirektoratet.

Vil stoppe snus-trenden hos unge

Andelen som snuser daglig i befolkningen er nå på 10 prosent, mot 9 prosent året før. Men selv om flere snuser, ser man en positiv nedgang i den yngste aldersgruppen. Blant unge i alderen 16–24 år er det nå 17 prosent som snuser, ned fra 18 prosent året før. Det ser dermed ut til at trenden med økning i snusbruk kan være i ferd med å snu.

– Selv om snusing blant unge går noe ned i år, så ser vi tydelig at det vil være viktig med flere virkemidler og fortsatt fokus på ungdom fremover, slik at vi unngår at en ny generasjon blir avhengig av nikotin, sier Granlund.

Det siste året har Helsedirektoratet styrket innsatsen for å minske andelen unge som snuser, både gjennom å få færre til å starte og flere til å slutte. Det er kjørt en snuskampanje mot ungdom og det er videreutviklet verktøy som passer for unge.

Snusing ved graviditet er skadelig

Mest bekymringsfullt er det at flere unge kvinner snuser, noe som kan føre til flere gravide vil bruke snus i årene som kommer. Snusing i svangerskapet gir risiko for fosteret som på mange måter er lik risikoen ved røyking i svangerskapet, og kan blant annet gi økt risiko for lav fødselsvekt, for tidlig fødsel og dødfødsel.

– Nikotin er sterkt avhengighetsskapende, og det kan være vanskelig å slutte med snus når man blir gravid, sier Granlund.

Stor nedgang i unge røykere gir bedre folkehelse på sikt

På ti år har det skjedd en halvering i røyking blant voksne (fra 25 til 13 prosent). Det tilsvarer en nedgang på om lag 370 000 mennesker. Blant unge er andelen som røyker daglig redusert til en brøkdel av det den var for ti år siden (fra 23 til 4 prosent). Dermed er det i dag om lag 25 000 unge i alderen 16–24 år som røyker daglig. Direktoratet er ikke kjent med at andre land har sett noen tilsvarende reduksjon i røykingen.

– Røyking er den enkeltfaktoren som har sterkest negativ innvirkning på folkehelsen. Det er lovende for folkehelsen fremover at færre unge røyker, og dette vil trolig gi utslag i færre røykerelaterte dødsfall i fremtiden, sier Granlund.

Ønsker man å slutte å røyke eller snuse er det mange muligheter. Nesten 400 000 har nå lastet ned appen [Slutta for snus- og røykeslutt](#) og 50 000 følger [Facebook-siden Slutta – din røykeslutt](#). I tillegg kan du chatte eller ringe til en veileder på [slutta.no](#), ta kontakt med frisklivssentralen eller fastlegen hvis du har behov for hjelp.

Kilder til statistikk. Informasjon om slutteverktøy og kampanjer (klikkbare lenker):

[Nyhets sak og flere tall hos Statistisk sentralbyrå \(ssb.no\)](#)

[Oversikt over slutta.no med tips og verktøy for snus- og røykeslutt \(helsenorge.no\)](#)

[Nyhets sak om snuskampanje \(6.10.15\) «Mange unge ønsker å slutte med snus»](#)

[Temasider om tobakk](#)

Referansekode i 'Helserådet': TOB 2016-7. Stikkord: Røykeandel. Dagligrøykere.

Øyner håp om en fremtid uten røyk *(forskning.no 15.1.2016)*

Bare fire prosent av unge røyker hver dag. Kreftforeningen ser tegn til at sigaretter på sikt fases ut. **NTB**

Færre unge enn noensinne røyker. I aldersgruppen 16-24 er det nå bare fire prosent dagligrøykere, viser de årlige tobakkstallene fra **Statistisk sentralbyrå** (SSB).

– Dette er veldig gledelig. Vi ser nå konturene av en røykfri generasjon og resultatene av mange års tobakksforebyggende arbeid. Hvis de voksne nå også får flere verktøy for å stumpe røyken, så øyner vi en fremtid uten røyk, sier generalsekretær Anne Lise Ryel i Kreftforeningen.

To fylker skiller seg ut

I løpet av de siste ti årene har man sett en markert endring i tobakksvaner. Unge slutter å røyke eller de begynner aldri. To fylker skiller seg imidlertid ut: I Finnmark og Telemark røyker flere unge enn voksne.

Finnmark ligger fortsatt godt over landsgjennomsnittet for sigarettbruk. To av ti røykte daglig i fjor, mens nivået på landsbasis var 13 prosent.

Det er også mange røykere i fylkene Østfold, Hedmark, Telemark og Rogaland. Færrest dagligrøyker finner vi i Sør-Trøndelag, med 11 prosent.

Se hele artikkelen fra forskning.no samt en del relatert materiale ved å klikke på <http://forskning.no/royking/2016/01/oyner-hap-om-en-fremtid-uten-royk>.

Referansekode i 'Helserådet': TOB 2016-6. Stikkord: Røykeandel.

Går hardt ut mot e-sigarettstudie *(forskning.no 4.1.2016)*

E-sigaretter er på ingen måte like farlig som røyking, påpeker britisk forsker.

Ulla Gjeset Schjøberg, journalist

forskning.no og en rekke andre internasjonale nettaviser meldte nylig om en studie som viste hvordan e-sigarettdamp kan ha en ødeleggende effekt på menneskeceller i laboratorium.

- Les mer: **E-sigaretter kan ødelegge celler**

Forskerne bak studien hevdet at e-damp dermed er like farlig som sigarettøyk.

Men nå kritiserer den britiske professoren Linda Bauld i **en kronikk i The Guardian** (klikkbar lenke) studien for å være svært misvisende.

Overlevde ikke vanlig røyk

I tillegg til forbeholdene som ble omtalt i forskning.nos tidligere artikkel, påpeker Bauld også at det ikke kommer fram hvor stor skade menneskeceller fikk fra vanlig sigarettøyk.

Forskerne i studien forsøkte nemlig å sammenligne effekten av røyk og e-damp på celler. Det gjorde de i et forsøk hvor menneskeceller ble utsatt enten for et konsentrat av e-damp eller et konsentrat fra vanlig sigarettøyk.

Men i forsøket overlevde ikke menneskecellene mer enn 24 timer med konsentrat fra røyk. Dermed kunne ikke forskerne gjøre en skikkelig sammenligning. Derimot greide den samme typen celler å overleve påfyll av e-damp hver tredje dag i flere uker. Selv om cellene ble påvirket av e-damp, var altså ikke effekten på noen måte like ille som effekten fra vanlig røyk.

Bauld mener dette kom ikke godt nok fram, verken i studien eller mediedekningen som fulgte.

– Det er få ting som er uten risiko, og ingen har hevdet at e-sigaretter er risikofrie. Men som et alternativ til et dødelig produkt som dreper én av to av de som røyker regelmessig, som mister i snitt ti år av livet sitt, er e-sigaretter et mye bedre alternativ, skriver Bauld.

Dette er hele artikkelen fra forskning.no. Du kan også se de samt en del relatert materiale ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/royking-om-forskning/2016/01/gar-hardt-ut-mot-e-sigarettstudie>.

Referansekode i 'Helserådet': TOB 2016-4. Stikkord: e-sigaretter.

Danske Sundhedsstyrelsen 13.1.2016:

Røgfri graviditet

En ny pjec giver gode råd til gravide, der gerne vil holde op med at ryge om, hvordan de kan få hjælp til rygestop, og de sundhedsmæssige gevinster det giver barnet.

Pjecen er målrettet gravide, der ryger, og deres partnere. Den giver konkrete råd til, hvor de kan få hjælp til at stoppe med at ryge, og hvordan de kan mindske deres og barnets udsættelse for tobaksforurennet luft. Et af rådene er at få gratis hjælp til rygestoppet ved at ringe til Stoplinien.

Sundhedsprofessionelle kan bruge pjecen i forbindelse med samtaler om rygning og graviditet. Pjecen skal helst udleveres så tidligt som muligt i graviditeten – gerne ved første lægebesøg eller ved første jordemoderkonsultation.

OM PJECE

[Se pjecen](#) (klikkbar)

Pjecen er gratis og kan rekvireres mod betaling af porto og ekspedition hos [Komiteen for Sundhedsoplysning](#) (klikkbar)

Pjecen "Røgfri Graviditet" erstatter folderen "Rygning, graviditet og fødsel".

Referansekode i 'Helserådet': TOB 2016-5. Stikkord: Røgeavvenning. Svangerskap. Graviditet.

Her er det størst risiko for å bli smittet av flaggermus-virus

(forskning.no 7.1.2016)

Flaggermus er mistenkt for å ha smittet oss mennesker med ebola, rabies og SARS. Nå har forskere har laget en global oversikt over hvor risikoen er størst for nye flaggermus-virus.

Ulla Gjeset Schjølberg, journalist

I fremtiden er det mulig at flaggermus kan forårsake nye virusepidemier vi ikke har sett før. Over 60 virus som kan være smittsomme for oss mennesker er allerede funnet hos arten, [meldte livescience i 2013](#).

Sykdommer som smitter mellom ulike dyrearter, som for eksempel fra flaggermus til menneske, kalles zoonoser. [Omtrent 60 prosent av dagens smittsomme sykdommer er zoonoser.](#)

- Les også: [Flygehunder bak Ebola-epidemien i Vest-Afrika](#)

Forskere fra London og Edinburgh har nå undersøkt hvor sannsynligheten er størst for et nytt smitteutbrudd. De brukte tall fra studier publisert mellom 1900 og 2013 for å lage et kart over potensielle smitteområder. Resultatene ble nylig publisert i *The American Naturalist*.

Se hele artikkelen samt en del relatert materiale ved å klikke på <http://forskning.no/epidemier-virus/2016/01/storst-sannsynlighet-flaggermusmitte-i-vest-afrika>.

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016-9. Stikkord: Flaggermus-virus.

Folkehelseinstituttet rådes til å innføre HPV-vaksine til gutter

(forskning.no 11.1.2016)

Folkehelseinstituttet har fått råd om å innlemme HPV-vaksine til gutter i barnevaksinasjonsprogrammet. **NTB**

I fjor satte Folkehelseinstituttet (FHI) i gang med en egen vurdering av spørsmålet om gutter i Norge skal tilbys HPV-vaksine. En arbeidsgruppe bestående av interne og relevante eksperter har utredet om vaksinen skal tilbys gratis til gutter gjennom det norske barnevaksinasjonsprogrammet.

Faggruppen har nå konkludert om hvilket råd den skal gi FHI. Etter det Dagens Medisin har fått kjennskap til, anbefaler den overfor FHI at man skal gi HPV-vaksine også til gutter.

FHI skal ta stilling til spørsmålet i løpet av januar.

Kunnskapssenteret konkluderte i januar i fjor med at vaksine mot humant papillomavirus (HPV) til gutter beskytter mot kjønnsvorter, men at prisen på vaksinen avgjør om den er kostnadseffektiv.

HPV-vaksinen ble innført i barnevaksinasjonsprogrammet for jenter på 7. klassetrinn skoleåret 2009/2010 for å forebygge livmorhalskreft.

Dette er hele artikkelen fra forskning.no. Du kan også se den og annet relatert materiale ved å klikke på <http://forskning.no/forebyggende-helse-vaksiner/2016/01/folkehelseinstituttet-rades-til-innfore-hpv-vaksine-til-gutter>.

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016-13. Stikkord: HPV-vaksine. Gutter.



Helsedirektoratet

1.12.2015

Behov for mer åpenhet og kunnskap om hiv i arbeidslivet

Kunnskapen om risiko for hivsmitte på arbeidsplassen er lav, spesielt blant unge. Dette er hovedkonklusjonen i en undersøkelse Helsedirektoratet har fått gjennomført i forbindelse med verdens aidsdag.

– Vi ser at behovet for større åpenhet om hiv i arbeidslivet er stort. Det skal ikke være slik at mennesker som lever med hiv skal måtte hemmeligholde sin egen sykdom og være engstelige for ubegrunnet stigmatisering fra kolleger, sier Linda Granlund, divisjonsdirektør i Helsedirektoratet.

Arbeids- og sosialdepartementet, HivNorge, Nye pluss, Arbeidstilsynet, LDO og Helsedirektoratet, har i år valgt å bruke verdens aidsdag til å rette fokus mot åpenhet på arbeidsplassen.

Vennskap øker kunnskap om hiv

I gjennomsnitt mener 51 prosent av deltagerne i undersøkelsen at de har god kunnskap om hiv. 76 prosent blant de som jobber innen helse mener det samme. De som har best kunnskap om hiv er de som kjenner en person som lever med sykdommen. De er minst bekymret og også mest åpne for kollegaer som lever med hiv.

Få ville tatt forholdsregler

Undersøkelsen viser at 70 prosent ville tatt få eller ingen forholdsregler hvis de hadde en kollega med hiv. Resultatet er positivt da man på ingen måte trenger å ta forholdsregler.

Utfordringen er at man ønsker åpenhet fra andre, (58 prosent mener at hivpositive burde ha informasjonsplikt) men blir mer usikker dersom det gjelder en selv (Kun 41 prosent ville fortalt om egen smitte).

– Her ser vi behovet for åpenhet fra flere parter, for å bryte tabuer og øke kunnskapen, sier Linda Granlund

Manglende kunnskap om smitterisiko

Under 6 prosent av de spurte ville opplevd et håndtrykk eller klem som utrygt, mens 18 prosent ville opplevd det som utrygt å dele toalett med en hivpositiv. Hele 45 prosent ville opplevd en viss grad av utrygghet ved å kysse en hivpositiv på munnen.

Det er tydelig at deltagerne ikke kjenner til at hiv overføres ved ubeskyttet sex og dermed ikke er noen fare på arbeidsplassen.

– Hivpositive som er velbehandlet med antivirale medisiner vil ha svært lave virusmengder i blodet. Fra ca 50.000 viruskopier pr ml (ubehandlet) til mindre enn 50 ved behandling. I praksis har man ikke sett smitteoverføring fra velhandlede hivpositive.

Ulik kunnskap i ulike aldersgrupper

– I gruppen under 30 sier bare 37 prosent at de har god kunnskap om hiv. Vi ser på besvarelsene deres at de på noen spørsmål faktisk er de med størst ubegrunnet frykt. Ubegrunnet frykt på bakgrunn av manglende kunnskap kan føre til stigmatisering, sier Granlund

Vi spekulerer om det skyldes tidsepokene når gruppene vokste opp. De to eldste gruppene i undersøkelsen fikk kjennskap til hiv på 1980-tallet med alle de utfordringer og stigma det medførte. Gruppen i alderen 30 og 44 opplevde dette i mye mindre grad.

Når det gjelder den yngste gruppen kan det virke som mindre fokus på temaet har gitt lavere kunnskap og dermed større, ubegrunnet, frykt avslutter Granlund.

For mer informasjon om hiv: www.helsenorge.no/hiv

Om undersøkelsen

Undersøkelsen er gjennomført på GallupPanelet ved bruk av webskjema. Det ble trukket et utvalg med ca 2000 respondenter. 86 prosent var ansatte og 14 prosent var arbeidsgivere.

Pressekontakt Helsedirektoratet:
Markus Bjølgerud. Telefon 988 00 008. markus.bjolgerud@helsedir.no

Referansekode i 'Helsrådet': TSS 2016-15. Stikkord: Hiv.

Norsk modell for måling av likestilling brer om seg *(forskning.no 3.1.2016)*

En slik undersøkelse av likestilling er enten brukt eller i ferd med å gjennomføres i over 16 land.

Eivor Mæland, journalist. En artikkel fra [Kilden kjønnsforskning.no](http://kilden.kjonnforskning.no).

Hvordan måler man om et land er likestilt eller ikke? Når kan vi si om menn og kvinner er likestilt? Holder det å måle lønnsnivå, og hvem som bruker mest tid på husarbeid og barnestell? Hva med hvem som utsettes for vold av hvem? Er det viktig å vite hvor mange kvinnelige politikere som sitter på Stortinget, hvor mange kvinnelige professorer man har, eller hvor mange mannlige sykepleiere?

For åtte år siden, i 2007, satte et tverrfaglig norsk forskningsmiljø seg ned for å svare best mulig på disse spørsmålene. Resultatet er en modell som er blitt tatt i bruk i mange land.

– Undersøkelsen vår har blitt en internasjonal suksess med helt sjelden spredning. Det er utrolig spennende og morsomt å være med på, forteller Øystein Gullvåg Holter, professor ved Senter for tverrfaglig kjønnsforskning (STK) ved Universitetet i Oslo.

Se hele artikkelen samt en del relatert materiale fra forskning.no ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/likestilling/2015/12/norsk-modell-maling-av-likestilling-brer-om-seg>.

Referansekode i 'Helsrådet': ULI 2016 – 1. Stikkord: Likestilling.

SOSIALE ULIKHETER I HELSE

*Nyhetsbrev nr. 11 (januar 2016)
fra Helsedirektoratets fagråd for sosial ulikhet i helse*

Invitasjon til lansering av Folkehelsepolitisk rapport 2015

I forbindelse med lanseringen av Folkehelsepolitisk rapport 2015 ønsker vi å invitere dere til frokostseminar i Helsedirektoratet, Universitetsgata 2, tirsdag 19. januar fra kl. 8.30 til 10.30. Frokost serveres fra kl. 8:30, selve seminaret begynner kl. 9.00.

Et av tre hovedmål i folkehelsepolitikken er å skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen. I dette ligger en anerkjennelse av andre sektors betydning for folkehelsen og hvordan denne fordeler seg i samfunnet. Helsedirektoratet koordinerer det nasjonale folkehelsearbeidet og skal følge med på påvirkningsfaktorer for helse og sosial ulikhet i helse. Denne følge med-oppgaven utfører vi tett samarbeid med andre samfunnssektorer, og vi skal rapportere tilbake til departementene og politisk ledelse om status på den samlede innsatsen for bedre helse og trivsel i befolkningen.

Fra programmet:

- Registrering og frokostservering
- Velkommen og presentasjon av rapporten ved helsedirektør Bjørn Guldvog
- Om regjeringens folkehelsepolitikk ved statssekretær Cecilie Brein-Karlsen, Helse- og omsorgsdepartementet
- Betrachninger og kommentarer fra en annen sektor ved direktør Geir Barvik, Integrerings- og mangfoldsdirektoratet

Påmelding til Janne Strandrud (janne.strandrud@helsedir.no) eller Øyvind Giæver (oyvind.giaver@helsedir.no) senest fredag 15. januar.

Nasjonal konferanse om ulikhet i helse og velferdsstat i økonomiske krisetider: 25.-26. mai 2016 ved Høgskolen i Oslo og Akershus

Hold av datoen!

Mange europeiske land opplever økonomiske nedgangstider etter finanskrisen i 2008. Den økonomiske veksten har tatt seg opp flere steder, men uten at arbeidsledigheten er gått ned tilsvarende. Samtidig rammes nå flere land som klarte seg rimelig godt under og etter finanskrisen. Også i Norden observerer vi sviktende økonomisk vekst og tiltakende arbeidsledighet. Deler av befolkningen sliter også med reduserte levekår, forverrede arbeidsvilkår og sviktende inntektsmuligheter. I hvilken grad påvirkes folkehelsen og sosial ulikhet i helse av disse sosiale og økonomiske utfordringene? Enkelte hevder at økonomiske nedgangstider ledsages av bedre folkehelse. Andre påstår at i hvilken grad kriser påvirker folkehelsen og ulikhet i helse avhenger av velferdsstatens utforming og den politikken som føres for å møte krisa.

Konferansen «Ulikhet i helse og velferdsstat i økonomiske krisetider» vil drøfte disse spørsmålene. Tre plenumsinnlegg av internasjonalt anerkjente eksperter vil belyse utfordringene. I tillegg vil det bli seks parallellsesjoner med presentasjon av inviterte papere. Det vil bli sendt ut invitasjon til forskere og andre til å sende inn sammendrag av papere som de ønsker å presentere på konferansen om kort tid. Det blir en egen sesjon om kommunenes rolle i arbeidet med å redusere sosial ulikhet i helse.

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

Nye rapporter om sosial ulikhet og psykisk helse

Tormod Bøe ved Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU Vest) – og medlem i Helsedirektoratets fagråd for sosial ulikhet i helse – redegjør i en ny publikasjon for sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og psykologisk utvikling hos barn og unge. Bøe viser her bl.a. at barns psykiske helse ikke er en naturgitt størrelse, men at familiens levekår har betydning for barns utvikling, og at denne kunnskapen bør tas inn i arbeidet med samfunnsutvikling og tjenesteutvikling. Publikasjonen «Sosioøkonomisk status og barn og unges psykologiske utvikling» kan lastes ned fra Helsedirektoratets nettsider [her](#).

Statistisk Sentralbyrå har på oppdrag fra Helsedirektoratet gjort en analyse av sosial ulikhet i sosial støtte, kontakt og deltagelse. Psykososiale faktorer som sosial støtte, deltagelse og medvirkning spiller en viktig rolle for menneskers helse og livskvalitet. Forskerne Lene Sandvik og Anders Barstad står bak publikasjonen. De viser for eksempel at kort utdanning, lav inntekt og helseproblemer kan være barrierer for ulike former for deltagelse. Publikasjonen «Deltaking, støtte, tillit og tilhørighet» kan lastes ned fra Helsedirektoratets nettsider [her](#).

En del nyere norske studier publisert internasjonalt

Abebe DS, Tøge AG, Dahl E. *Individual-level changes in self-rated health before and during the economic crisis in Europe*. *Int J Equity Health*. 2016 Jan 5;15(1) ([PUBMED](#))

Bjørnevik K, Riise T, Cortese M, Holmøy T, Kampman MT, Magalhaes S, Myhr KM, Wolfson C, Pugliatti M. *Level of education and multiple sclerosis risk after adjustment for known risk factors: The EnvIMS study*. *Mult Scler*. 2016 Jan;22(1):104-11 ([PUBMED](#))

Diaz E, Poblador-Pou B, Gimeno-Feliu LA, Calderón-Larrañaga A, Kumar BN, Prados-Torres A. *Multimorbidity and Its Patterns according to Immigrant Origin. A Nationwide Register-Based Study in Norway*. *PLoS One*. 2015 Dec 18;10(12) ([PUBMED](#))

Skyrud KD, Bray F, Eriksen MT, Nilssen Y, Møller B. *Regional variations in cancer survival: Impact of tumour stage, socioeconomic status, comorbidity, and type of treatment in Norway*. *Int J Cancer*. 2015 Dec 17 ([PUBMED](#))

Halland F, Morken NH, DeRoo LA, Klungsøyr K, Wilcox AJ, Skjærven R. *Association of Women's Reproductive History With Long-term Mortality and Effect of Socioeconomic Factors*. *Obstet Gynecol*. 2015 Dec;126(6) ([PUBMED](#))

Ariansen I, Graff-Iversen S, Stigum H, Strand BH, Wills AK, Næss Ø. *Do repeated risk factor measurements influence the impact of education on cardiovascular mortality?* *Heart*. 2015 Dec 1;101(23):1889-94 ([PUBMED](#))

- Kinge JM, Strand BH, Vollset SE, Skirbekk V. *Educational inequalities in obesity and gross domestic product: evidence from 70 countries*. J Epidemiol Community Health. 2015 Dec;69(12):1141-6 ([PUBMED](#))
- Haugland SH, Holmen TL, Krokstad S, Sund ER, Bratberg GH. *Intergenerational Hazardous Alcohol Use and Area Factors: The HUNT Study, Norway*. Subst Use Misuse. 2015;50(14):1753-64 ([PUBMED](#))
- Kinge JM, Steingrimsdóttir ÓA, Moe JO, Skirbekk V, Næss Ø, Strand BH. *Educational differences in life expectancy over five decades among the oldest old in Norway*. Age Ageing. 2015 Nov;44(6):1040-5 ([PUBMED](#))
- Torske MO Dvm, Hilt B Md, Glasscock D, Lundqvist P, Krokstad S. *Anxiety and depression symptoms among farmers. The HUNT Study, Norway*. J Agromedicine. 2015 Oct 21 ([PUBMED](#))
- Goulden R, Riise T, Myhr KM, Pugliatti M, Wolfson C. *Does low socioeconomic status in early life protect against multiple sclerosis? A multinational, case-control study*. Eur J Neurol. 2015 Oct 16 ([PUBMED](#))
- Nilssen Y, Strand TE, Fjellbirkeland L, Bartnes K, Brustugun OT, O'Connell DL, Yu XQ, Møller B. *Lung cancer treatment is influenced by income, education, age and place of residence in a country with universal health coverage*. Int J Cancer. 2015 Sep 30 ([PUBMED](#))
- Amundsen EJ. *Drug-related causes of death: Socioeconomic and demographic characteristics of the deceased*. Scand J Public Health. 2015 Aug;43(6):571-9 ([PUBMED](#))
- Hagen S, Helgesen M, Torp S, Fosse E. *Health in All Policies: A cross-sectional study of the public health coordinators' role in Norwegian municipalities*. Scand J Public Health. 2015 Aug;43(6):597-605 ([PUBMED](#))
- Berg-Hansen P, Celius EG. *Socio-economic factors and immigrant population studies of multiple sclerosis*. Acta Neurol Scand. 2015;132(199):37-41. Review ([PUBMED](#))
- Kinge JM, Vallejo-Torres L, Morris S. *Income related inequalities in avoidable mortality in Norway: A population-based study using data from 1994-2011*. Health Policy. 2015 Jul;119(7):889-98 ([PUBMED](#))
- Fosse E, Helgesen MK. *How can local governments level the social gradient in health among families with children? The case of Norway*. International Journal of Child, Youth and Family Studies. 2015;6(2): 328-346
- Feiring B, Laake I, Molden T, Cappelen I, Håberg SE, Magnus P, Steingrimsdóttir ÓA, Strand BH, Stålcrantz J, Trogstad L. *Do parental education and income matter? A nationwide register-based study on HPV vaccine uptake in the school-based immunisation programme in Norway*. BMJ Open. 2015 May 19;5(5) ([PUBMED](#))
- Kravdal Ø, Alvær K, Bævre K, Kinge JM, Meisfjord JR, Steingrimsdóttir ÓA, Heine SB. *How much of the variation in mortality across Norwegian municipalities is explained by the socio-demographic characteristics of the population?* Health Place. 2015 May;33:148-58 ([PUBMED](#))
- Fiskå BS, Ariansen I, Graff-Iversen S, Tell GS, Egeland GM, Næss Ø. *Family history of premature myocardial infarction, life course socioeconomic position and coronary heart disease mortality--A Cohort of Norway (CONOR) study*. Int J Cardiol. 2015;190:302-7 ([PUBMED](#))
- Elstad JJ, Øverbye E, Dahl E. *Prospective register-based study of the impact of immigration on educational inequalities in mortality in Norway*. BMC Public Health. 2015 Apr 11;15:364 ([PUBMED](#))

Skalická V, Ringdal K, Witvliet MI. *Socioeconomic inequalities in mortality and repeated measurement of explanatory risk factors in a 25 years follow-up.* *PLoS One*. 2015 Apr 8;10(4) ([PUBMED](#))

van Hedel K, Avendano M, Berkman LF, Bopp M, Deboosere P, Lundberg O, Martikainen P, Menvielle G, van Lenthe FJ, Mackenbach JP. *The contribution of national disparities to international differences in mortality between the United States and 7 European countries.* *Am J Public Health*. 2015 Apr;105(4) ([PUBMED](#))

Heggebø K. *Unemployment in Scandinavia during an economic crisis: cross-national differences in health selection.* *Soc Sci Med*. 2015 Apr;130:115-24 ([PUBMED](#))

Bjerkaas E, Parajuli R, Engeland A, Maskarinec G, Weiderpass E, Gram IT. *Social inequalities and smoking-associated breast cancer - Results from a prospective cohort study.* *Prev Med*. 2015 Apr;73:125-9 ([PUBMED](#))

Åsli LA, Braaten T, Olsen A, Lund E, Skeie G. *What characterises women who eat potatoes? A cross-sectional study among 74,208 women in the Norwegian Women and Cancer cohort.* *Food Nutr Res*. 2015 Feb 19 ([PUBMED](#))

Torvik FA, Ystrom E, Czajkowski N, Tambs K, Røysamb E, Ørstavik R, Knudsen GP, Kendler KS, Reichborn-Kjennerud T. *Socioeconomic status and sick leave granted for mental and somatic disorders: a prospective study of young adult twins.* *BMC Public Health*. 2015 Feb 12;15:134 ([PUBMED](#))

NYHETSBREV OM SOSIAL ULIKHET I HELSE

utgis med ujevne mellomrom av Helsedirektoratets fagråd for sosial ulikhet i helse. Redaksjon: Astri Syse (Statistisk sentralbyrå), Heine Strand (Nasjonalt folkehelseinstitutt) og Øyvind Giæver (Helsedirektoratet). Kontakt redaksjonen (oyvind.giaever@helsedir.no) dersom du ønsker å abonnere, dersom du ikke lenger ønsker å abonnere eller dersom du har andre tips.

2 artikler om utviklingen av årets influensa

1) Økende influensaaktivitet

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117201>.

Influensaaktiviteten økte de siste ukene av 2015. Folkehelseinstituttet forventer økende forekomst utover i januar.

Høyest aktivitet i Midt- og Sør-Norge

I uke 53, som inkluderer nyttårshelgen, fikk 1 prosent av alle som gikk til legen diagnosen influensa. Andelen gjelder landet som helhet. Dette er en økning fra 0,7 prosent fra uken før.

Høyest aktivitet er det i Midt- og Sør-Norge, Nord-Norge har foreløpig lavere tall.

- Aktiviteten er foreløpig lav, men vi ser en økning som tyder på at sesongen er i gang, sier lege Karine Nordstrand ved avdeling for infeksjonsovervåking hos Folkehelseinstituttet.

Vanlig influensatype

Det hyppigst påviste influensaviruset er influensa A(H1N1), tidligere kalt svineinfluensa. Dette viruset regnes nå som et vanlig sesonginfluensavirus, og har sirkulert hver sesong siden pandemien i 2009. Virusovervåkingen viser at alle de fire vanlige influensavirusene er i omlop, men foreløpig er det en klar overvekt av influensa A(H1N1)-virus.

- Laboratorierapporteringen fra jule- og nyttårsuken er ikke komplett og dataene er utypiske og krevende å tolke. Hittil er det for siste uke innrapportert 1939 analyserte prøver, hvorav 208 prøver var positive for influensavirus A og 21 for influensa B, sier Nordstrand.

Positivprosenten på landsbasis har økt fra 10,9 prosent til 11,8 prosent forrige uke. For andre uke på rad er det en klar økning i positive prøver, noe som også viser at sesongen er i gang.

[Influensa ukerapport uke 53](#)

Influensavaksinen gir god beskyttelse

Vaksinen gir beskyttelse mot tre influensavirus, også influensa A(H1N1). Vaksinen ser denne sesongen ut til å gi god beskyttelse overfor de virus som dominerer i Norge nå. Vaksine er sendt ut til landets kommuner men kan fortsatt bestilles fra vaksineavdelingen på Folkehelseinstituttet. Det tar opptil 14 dager før vaksinen gir beskyttelse.

- Hvis man tilhører en risikogruppe og ennå ikke har tatt vaksinen, haster det nå med å få gjort dette, sier Nordstrand.

[Vaksineanbefalinger](#)

- Når det gjelder sykehusinnleggelser, ser vi en økning i antall innleggelser. I overvåkingssystemet for alvorlig influensa ble det i uke 53 rapportert om 50 innleggelser, hvorav 44 pasienter fikk påvist influensa A og 6 pasienter fikk påvist influensa B, avslutter Nordstrand.

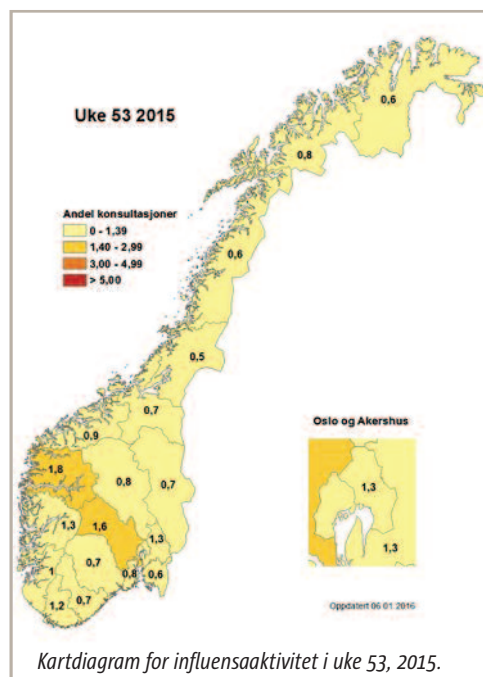
Influensarapporter fra andre nordiske land viser også lav aktivitet, men Sverige melder om at årets influensautbrudd har startet.

Se også:

[Forebygging av influensa](#)

[Råd til influensasyrke](#)

Publisert: 07.01.2016, endret: 07.01.2016, 14:46



Kartdiagram for influensaaktivitet i uke 53, 2015.



2) Scenarierapport om årets influensasesong

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117336>.

Det forventes at influensaaktiviteten vil øke i ukene fremover, men det er usikkert hvor omfattende årets utbrudd vil bli. Folkehelseinstituttets årlige scenarierapport om influensasesongen er publisert og beskriver influensasisuasjonen så langt og vurderinger om det kommende utbruddet.

Folkehelseinstituttet publiserer på begynnelsen av hver influensasesong en rapport hvor man sammenholder data fra serologiske undersøkelser, virusfunn så langt i sesongen og vaksinedekning/vaksinematch og gjør en vurdering om den kommende sesongen. Hovedpunktene i årets rapport er:

- Influensaaktiviteten er fortsatt lav men forventes å øke i ukene fremover.
- Foreløpig er det influensa A(H1N1) som dominerer bildet.
- Influenzavirus A(H1N1) (svineinfluenzaviruset) regnes nå som et vanlig sesonginfluenzavirus. Viruset gir oftest sykdom i de yngre aldersgrupper av befolkningen.
- Vaksinasjonsdekningen i risikogruppene er fortsatt alt for lav (estimert til ca. 20%).
- Vaksinematch er god mot de virustypene som oftest påvises per januar 2016. Situasjonen følges nøye med tanke på andre varianter som kan dukke opp.
- Det er relativt god immunitet i befolkningen mot A(H1N1) noe som kan begrense årets utbrudd, men dette er usikkert.

Rapporten kan lastes ned fra Folkehelseinstituttets nettsider:

- [Rapport om scenarier for influensautbrudd vinteren 2015-16](#) (pdf)

Ukerapporter om situasjonen publiseres på www.fhi.no/influensa

Publisert: 20.01.2016, endret: 21.01.2016, 09:38

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016-16. Stikkord: influensa.

Nye tall om Down syndrom i Norge

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117247>.

Antallet levendefødte barn med Down syndrom er stabilt, viser tall fra Medisinsk fødselsregister hos Folkehelseinstituttet. Antall svangerskap med Down syndrom har imidlertid økt.

Tall fra Medisinsk fødselsregister viser at:

- Det ble født 74 barn med Down syndrom i Norge i 2014. Antall levendefødte har vært stabilt etter 2000.
- Antall svangerskap som er registrert med Down syndrom, har økt, se figur 1 nedenfor.

Beregninger fra Medisinsk fødselsregister viser at omtrent 90 prosent av foreldrene velger å avbryte svangerskapet dersom det fosteret har Down syndrom.

- Økende antall svangerskapsbrudd er bakgrunnen for at levendefødte barn med Down syndrom er stabilt til tross for økt antall svangerskap med syndromet, sier overlege Mette Christophersen Tollånes ved Folkehelseinstituttet.

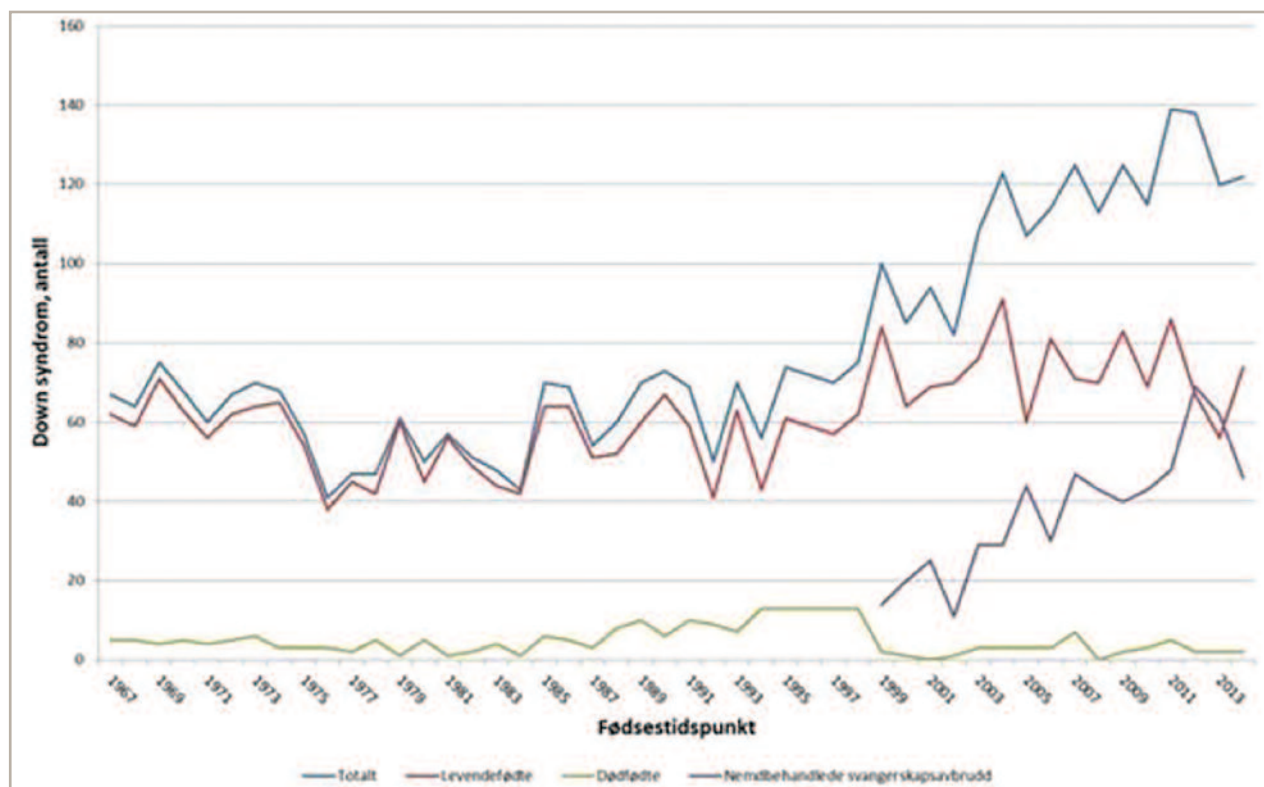
Ved tidlig ultralydundersøkelse kan en få mistanke om Down syndrom, men diagnosen stilles ved en kromosom undersøkelse. Kvinner som har økt risiko for å få et barn med alvorlig sykdom eller utviklingsavvik, får tilbud om fosterdiagnostikk. Dette gjelder først og fremst når kvinnen tidligere har fått et barn med en slik tilstand, eller er 38 år eller eldre ved termin.

Omtrent halvparten av svangerskapene med Down syndrom forekommer hos kvinner under 35 år. Årsaken er at det først og fremst er kvinner mellom 25 og 35 år som blir gravide og føder barn.

Økt fødealder forklarer økning

- Den mest sentrale biologiske risikofaktoren for Down syndrom, er økt alder hos mor, sier Tollånes.

I 1967-2014 ble det registrert totalt 5,5 tilfeller av Down syndrom per 10 000 svangerskap hos kvinner i alderen 20-24 år. Hos kvinner i aldersgruppen 40 år og eldre var antallet 129 per 10 000 svangerskap, det vil si en mer enn 20 ganger økt risiko.



Figur 1. Antall tilfeller med Down syndrom. Diagrammet viser både dødfødte, nemndbehandlede aborter og levendefødte. Den blå linjen øverst viser totaltallet. Statistikken gjelder perioden 1967-2014.

- Det at kvinner er stadig eldre før de får barn, kan forklare hele økningen i forekomsten av svangerskap med Down syndrom, sier Tollånes.

- [Faktaark om fruktbarhet](#)

Andel svangerskap med Down syndrom er relativt likt i Europa

Den totale forekomsten av Down syndrom blant alle svangerskap (levendefødte, dødfødte og avbrutte svangerskap) varierer relativt lite mellom de europeiske landene. Det viser EUROCAT som er et europeisk konsortium som har samlet data om medfødte misdannelser siden 1974.

Andelen levendefødte barn med Down syndrom varierte imidlertid mer. I Irland og på Malta ble rundt 20 av 10 000 levendefødte diagnostisert med Down syndrom. De fleste andre land i konsortiet hadde en forekomst på rundt 7-8 per 10 000, mens Norge lå på omtrent 12 av 10 000.

- Variasjonen i forekomst av Down syndrom blant levendefødte har trolig sammenheng med både forskjeller i tilbudet gravide får om screening, og samfunnets holdninger, avslutter Tollånes.

Hva er Down syndrom?

Down syndrom er en medfødt tilstand der den vanligste årsaken er en ekstra kopi av kromosom nr. 21, slik at barnet er født med totalt 47 kromosomer i stedet for 46. Alle barn med Down syndrom har forsinket intellektuell utvikling, men i svært varierende grad. Mange kan fullføre tilrettelagt skole og leve i stor grad selvstendig med tilrettelagt arbeid, mens andre trenger mye hjelp i hverdagen.

Publisert: 13.01.2016, endret: 13.01.2016, 12:31

Red.anm.: Se også artikkel fra forskning.no 13.1.2016: Ni av ti velger abort når fosteret har Downs <http://forskning.no/helse-svangerskap/2016/01/ni-av-ti-velger-abort-nar-fosteret-har-downs> .

Referansekode i 'Helserrådet': HST 2016-4. Stikkord: Down syndrom.

Unge kvinner får tilbud om HPV-vaksine

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117185>.

Regjeringen har besluttet at alle kvinner som er født i perioden fra 1991 til 1996 skal få tilbud om HPV-vaksine. Innhentingsvaksinasjonen finansieres gjennom statsbudsjettet og Folkehelseinstituttet planlegger nå gjennomføringen av programmet.

- Mange land har et såkalt innhentingsprogram til kvinner opp i tjueårene og det er gledelig at nå også unge kvinner i Norge skal få dette tilbudet, sier Britt Wolden, avdelingsdirektør ved Folkehelseinstituttet.



HPV-vaksinen ble innført i barnevaksinasjonsprogrammet i 2009 og er et tilbud til jenter i 7. klasse. Totalt er det gitt 485 000 doser HPV-vaksine i barnevaksinasjonsprogrammet, hvorav 405 000 doser til jenter født fra og med 1997 til og med 2002.

HPV-vaksine beskytter mot infeksjon av noen virustyper som kan føre til forstadier av livmorhalskreft, og kan forbygge andre HPV-relaterte krefttyper som analkreft og vaginalkreft. Tilbudet om innhentingsvaksinasjon gjelder for kvinner som er født i perioden 1991-1996 (20-25 år) og vil gjelde i en tidsramme på to år fra høsten 2016.

En rapport fra Kunnskapssenteret har vist at også jenter over 16 år kan ha effekt av HPV-vaksine, sier Wolden.

Mer informasjon:

[HPV-vaksine er både beskyttende og samfunnsøkonomisk lønnsomt](#)

Hva er HPV?

HPV-infeksjon er den vanligste seksuelt overførbare infeksjonen i verden, og cirka 70 prosent blir smittet av HPV i løpet av livet. De fleste HPV-typene er ufarlige og merkes ikke, mens andre kan gi ulike former for kreft hos både kvinner og menn. HPV-vaksine beskytter mot infeksjon av noen virustyper som kan føre til forstadier av livmorhalskreft, og kan forbygge andre HPV-relaterte krefttyper som blant annet kreft i svelg, analkreft og vaginalkreft.

Vaksinen virker kun forebyggende og har ingen effekt mot tidligere eller pågående infeksjon ved tidspunkt for vaksinerings. Det er ikke farlig å ta vaksinen dersom man har en pågående infeksjon med de aktuelle HPV-typene i vaksinen. Dersom man allerede har vært smittet med de aktuelle HPV-typene, kan HPV-vaksine beskytte mot en reinfeksjon av HPV.

Informasjon om organiseringen av tilbudet, og hvor den enkelte kan ta kontakt for å få vaksine vil bli tilgjengelig på Folkehelseinstituttets nettsider i løpet av våren 2016.

Mer informasjon:

<http://www.fhi.no/tema/hpv>

<https://kreftforeningen.no/forebygging/andre-mulige-risikofaktorer/hpv-og-kreft>

Publisert: 05.01.2016, endret: 07.01.2016, 08:46

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016-8. Stikkord: HPV-vaksine.

Endring i meldingskriteriene for hepatitt C til MSIS

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117176>.

Meldingskriteriene for hepatitt C til MSIS er endret fra 1. januar 2016. De nye meldingskriteriene medfører at kun tilfeller med aktiv hepatitt C med påvist virus blir meldingspliktig til MSIS, dvs. kun tilfeller påvist med HCV-RNA eller HCV- core antigen.

Informasjon om anti-HCV gir ikke tilstrekkelig informasjon, ettersom testen ikke kan differensiere mellom aktiv eller gjennomgått infeksjon. Folkehelseinstituttet endrer derfor meldingskriteriene for hepatitt C til kun å overvåke forekomsten av aktive tilfeller av hepatitt C-infeksjon. De nye meldingskriteriene medfører at alle som får påvist anti-HCV også bør bli undersøkt med HCV-RNA nukleinsyretest eller HCV-core antigen.

De nye meldingskriteriene for hepatitt C er laboratoriepåvisning av:

- HCV nukleinsyre (HCV-RNA) *eller*
- HCV core antigen



Meldingskriterier i MSIS

Formålet med MSIS er å overvåke forekomsten av smittsomme sykdommer. I dag meldes både akutt, kronisk og gjennomgått hepatitt C-infeksjon. Dagens overvåking av sykdommen har derfor mindre spesifisitet enn ønsket. Alle meldingspliktige sykdommer til MSIS meldes etter sykdomsspesifikke kriterier, som i stor grad er basert på laboratoriemetodikk. Presise kasusdefinisjoner er nødvendig for å sikre kvaliteten på data i overvåkingssystemer og for å muliggjøre geografiske, tidsmessige og andre sammenligninger.

Publisert: 04.01.2016, endret: 05.01.2016, 11:55

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016-10. Stikkord: Hepatitt C. Melderutiner.

Antall sykehusinfeksjoner går ned

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117263>.

En av 20 pasienter i sykehus hadde en "sykehusinfeksjon" i fjor. Dette kommer fram i høstens prevalensundersøkelser fra Folkehelseinstituttet. Infeksjonstallene er blant de laveste siden undersøkelsene startet i 2002.

Folkehelseinstituttet undersøker på utvalgte dager i året antall pasienter i helseinstitusjoner som har infeksjoner som kan skyldes behandlingen eller oppholdet i institusjonen (helsetjenesteassosiert infeksjon).

Følgende helsetjenesteassosierte infeksjoner registreres i undersøkelsen:

- urinveisinfeksjon
- nedre luftveisinfeksjon
- infeksjon i operasjonsområdet
- blodbaneinfeksjon

Slike infeksjoner påfører pasienten unødvendig lidelse, i verste fall død. I tillegg påfører de helsetjenesten store kostnader. Det er derfor ønskelig å redusere forekomsten av dem.

Kan helsetjenesteassosierte infeksjoner forebygges?

Prevalensundersøkelsene høsten 2015 viser at rundt 5 prosent av pasientene på sykehus hadde en helsetjenesteassosiert infeksjon på undersøkelsesdagen. Høstens måling av infeksjonsforekomst i sykehus er blant de laveste siden undersøkelsene startet.

- Det er viktig at hver enkelt helseinstitusjon vurderer egne resultater fra prevalensundersøkelsen, og behovet for infeksjonsforebyggende tiltak, sier seniorrådgiver ved Folkehelseinstituttet, Hanne Merete Eriksen.

- Dette må til for at den totale forekomsten av helsetjenesteassosierte infeksjoner ikke skal øke, men heller reduseres, understreker hun.

Hun legger til at det er gledelig å se at prevalensen av helsetjenesteassosierte infeksjoner i sykehus har vært rundt 5 prosent i de siste seks undersøkelsene, mens den ved tidligere undersøkelser ofte har vært rundt 6 prosent.

- [Prevalens av helsetjenesteassosierte infeksjoner i sykehus - høsten 2015](#) (pdf)

Publisert: 15.01.2016, endret: 15.01.2016, 14:08

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016-17. Stikkord: Sykehusinfeksjoner.

Alle sykehjem bør undersøkes for infeksjoner

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117262>.

En av 17 beboere i sykehjem hadde en "sykehusinfeksjon" i 2015, viser høstens prevalensundersøkelse fra Folkehelseinstituttet. Antibiotikabruk registrert i undersøkelsen, avviker ikke vesentlig fra nasjonale retningslinjer. Bare 6 av 10 sykehjem deltok i undersøkelsen.

I henhold til NOIS-registerforskriften er det obligatorisk for sykehus og sykehjem å delta i de nasjonale prevalensundersøkelsene av helsetjenesteassosierte infeksjoner (infeksjoner som kan assosieres med behandling eller opphold i helseinstitusjon) og antibiotikabruk.



Eldre mann som spiser mat på sykehjem

Bare 60 % av sykehjemmene i Norge deltok i høstens undersøkelse.

Det er holdepunkter for at hyppig deltagelse i prevalensundersøkelser gir en lavere forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner. Det er derfor ønskelig at alle sykehjem skal delta i disse undersøkelsene.

Kan helsetjenesteassosierte infeksjoner forebygges?

Prevalensundersøkelsene høsten 2015 viser at omtrent 6 % prosent av beboerne i sykehjem, hadde en helsetjenesteassosiert infeksjon på undersøkelsesdagen. Høstens måling av infeksjonsforekomst er blant de laveste i sykehjem siden undersøkelsene startet. En må imidlertid være forsiktig med å tolke resultatet da det i analysene ikke er justert for hvilke institusjoner som har deltatt opp gjennom årene.

- Det er viktig at hver enkelt helseinstitusjon vurderer egne resultater fra prevalensundersøkelsen, og behovet for å endre eller iverksette infeksjonsforebyggende tiltak, sier seniorrådgiver ved Folkehelseinstituttet, Horst Bentele.

Dette må til for at den totale forekomsten av helsetjenesteassosierte infeksjoner ikke skal øke, men heller reduseres både i sykehus og sykehjem, understreker han.

Helsetjenesteassosierte infeksjoner påfører pasienten unødvendig lidelse, i verste fall død. Det er derfor ønskelig å redusere forekomsten av dem.

Antibiotikabruk

Høsten 2015 har sykehjem for andre gang registrert hvor mange beboere som får antibiotika på undersøkelsesdagen, hvilke antibiotika de får og årsaken til at antibiotika gis. I rapporten brukes begrepet antiinfektiva siden også antimykotika og antibakterelle midler, inkludert metenamin (Hiprex), er registrert.

Totalt 8 % av beboerne som ble registrert i undersøkelsen fikk antiinfektiva på undersøkelsesdagen. I sykehjem ble antiinfektiva hovedsakelig gitt for å forebygge eller behandle urinveisinfeksjoner, samt for å behandle nedre luftveisinfeksjoner eller hud- og bløtdelsinfeksjoner.

Registreringene viste at bruken av antibiotika i forhold til infeksjonstype ikke avvok vesentlig fra Nasjonale faglige retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten.

- Effekten av forebyggende antibiotikabehandling av urinveisinfeksjoner bør likevel undersøkes nærmere, sier overlege ved Folkehelseinstituttet, Øyunn Holen.

Flere studier viser at overforbruk og feil bruk av antibiotika fører til at mikrober blir motstandsdyktige (resistente) mot disse legemidlene. Det er et nasjonalt mål i den nylig utgitte Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten, å redusere bruken av antibiotika med 30 % innen 2020.

- [Prevalensundersøkelsen av helsetjenesteassosierte infeksjoner og antibiotikabruk i sykehjem - høsten 2015](#) (pdf)

Publisert: 15.01.2016, endret: 15.01.2016, 14:10

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016-18. Stikkord: Sykehusinfeksjoner. Sykehjem.

Flere meldinger til Kosmetikkbivirkningsregisteret i 2015, men fortsatt lave tall

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117267>.

En av ti får bivirkninger fra kosmetikk- eller kroppssleieprodukter, men få melder fra om skadene. De lave tallene skyldes trolig underrapportering fra både forbruker og helsepersonell.

– I 2015 fikk vi inn 216 meldinger til bivirkningsregisteret vårt for kosmetiske produkter. Dette er en fordobling fra de to foregående årene, men vi ønsker fortsatt at enda flere forbrukere og helsepersonell sier fra til oss om bivirkninger de opplever. Vi er helt avhengig av hjelp fra forbrukerne i jobben vår med å gjøre produktene på markedet tryggere å bruke, sier Berit Granum som er seniorforsker ved Avdeling for mat, vann og kosmetikk ved Folkehelseinstituttet.



Selvrapportering gir økt innmelding

Tidligere har forbrukerne måtte ta kontakt med helsepersonell for å melde fra om sine bivirkninger.

– Dette har nok blitt opplevd som tungvint for folk, og vi lanserte derfor i mai 2015 et nettbasert meldesystem hvor forbrukerne selv

kan melde fra om bivirkninger ved å sende inn et skjema via Altinn, forklarer Granum.

I løpet av fjoråret kom det inn 216 meldinger til bivirkningsregisteret, noe som er en fordobling av antall meldinger sammenlignet med de to foregående årene.

– Den store økningen i antall meldinger skyldes sannsynligvis det nye nettbaserte meldesystemet og den store medieoppmerksomheten ved lanseringen av systemet, sier Granum.

Mer variert innmelding

De tidligere årene har produkter solgt fra apotek vært overrepresentert i bivirkningsregisteret. En mulig årsak til dette er at mer enn 80 prosent av meldingene ble sendt inn av apotekfarmasøyer. I tillegg kan det være mer naturlig for forbrukerne å gå tilbake til apoteket hvor de har kjøpt produktet for å melde fra om sine bivirkninger enn å melde fra om produkter kjøpt i en annen butikk eller via netthandel.

– Etter at vi lanserte det nye nettbaserte meldesystemet ser vi en mer balansert innrapportering av produkter, hvor vi nå får inn flere meldinger på produkter som selges andre steder enn fra apotek, sier Berit Granum.

Meld fra om alle typer bivirkninger

En økt innrapportering vil bidra til å gi en bedre oversikt over hvilke produkter som kan gi bivirkninger, og hvilke typer bivirkninger og alvorlighetsgrad disse produktene kan gi. Denne informasjonen brukes i arbeidet med å gjøre kosmetiske produkter tryggere å bruke.

– Alle former for bivirkninger bør meldes inn. Selv om symptomene forsvinner når man slutter å bruke produktet, ønsker vi at folk melder fra til oss om det de har opplevd. Dersom bivirkningene er kraftige og/eller langvarige bør man også kontakte lege, påpeker Granum.



Har du opplevd bivirkninger fra kosmetiske produkter? Meld fra til oss!

Du kan melde inn dine bivirkninger enten via internett eller via helsepersonell.

- Via internett: Bruk skjemaet "[Innmelding av kosmetikkbivirkninger](#)", som du finner ved å logge deg inn på Altinn.
- Via helsepersonell: Henvend deg til apotek, lege, tannlege eller helsesøster, slik at de kan fylle ut meldeskjemaet. Helsepersonell har plikt til å ta imot bivirkningsmeldinger og rapportere videre til Folkehelseinstituttet.

Publisert: 15.01.2016, endret: 15.01.2016, 14:01

FAKTA:

Hva er kosmetiske produkter?

Kosmetiske produkter omfatter en lang rekke produkter som blant annet såpe, sjampo, deodorant, hudkrem og tannkrem.

Referansekode i 'Helserådet': SKA 2016-3. Stikkord: Kosmetikkbivirkninger.

Folkehelseprofiler 2016 – planlagte publiseringsdatoer

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117171>.

Folkehelseinstituttet planlegger å publisere årets folkehelseprofiler for kommuner, bydeler og fylker i februar og mars. Databearbeidningen pågår fortsatt. Dersom arbeidet går etter planen, vil profiler for kommunene publiseres den 9. februar. Deretter følger profiler for bydelene den 16. februar og for fylkene den 15. mars.

Nyhetsmelding publiseres når de første profilene er klare for nedlasting.

Få melding om nye profiler på e-post: [Registreringsskjema for nyhetsvarsling fra FHI](#)

Se også [statistikkalenderen](#). Eventuelle forsinkelser vil bli lagt inn her.

Publisert: 04.01.2016, endret: 04.01.2016, 13:31

Referansekode i 'Helserådet': HST 2016-3. Stikkord: Folkehelseprofiler.

2 notiser fra Folkehelseinstituttet om Boostrix Polio:

1) Boostrix Polio kun til barnevaksinasjonsprogrammet - Repevax til voksne

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117187>.

Det er mangel på ulike kombinasjonsvaksiner mot kikhoste i så godt som hele Europa. I Norge blir barnevaksinasjonsprogrammet prioritert. Folkehelseinstituttet er straks tom for dtp-IPV oppfriskningsvaksinen Boostrix Polio til voksne, men har nok vaksine til å dekke barnevaksinasjonsprogrammet (10. klasse). Alternativ dtp-IPV oppfriskningsvaksine Repevax er nå tilgjengelig for bruk utenom barnevaksinasjonsprogrammet.

Repevax foreligger i 10-pakning (pris 2181,52 inkludert legemiddelavgift og merverdiavgift). Indikasjonene er de samme som for Boostrix Polio, inkludert sårskade med indikasjon for tetanusvaksine.

Det vil kunne bli nye perioder i 2016 hvor vi er tom for dtp-IPV oppfriskningsvaksine (Boostrix Polio / Repevax), men vi reserverer nå et antall doser til tetanus posteksponeringsprofilakse. Vi ber legevakter og andre som rekvirerer dtp-IPV oppfriskningsvaksine til bruk etter sårskade om å angi dette på bestillingen, så vil dere bli prioritert så langt det lar seg gjøre.

Hvis det er mangel på dtp-IPV oppfriskningsvaksine og vaksinasjon ikke kan utsettes anbefales vaksinene Imovax Polio (poliomyelitt) + Boostrix (difteri/stivkrampe/kikhoste) eller diTeBooster (difteri/stivkrampe). Leveringssituasjonen for Imovax Polio er usikker.

Boostrix Polio til voksne blir tilgjengelig tidligst i april 2016.

Publisert: 05.01.2016, endret: 05.01.2016, 15:55

2) Boostrix Polio er igjen tilgjengelig for alle

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117207>.

Folkehelseinstituttet var i en kort periode rundt jul tom for dtp-IPV oppfriskningsvaksinen Boostrix Polio til bruk utenfor barnevaksinasjonsprogrammet. Vaksinen er nå tilgjengelig igjen for alle som trenger den. Vi har også alternativ vaksine Repevax. Boostrix Polio og Repevax foreligger for tiden kun i 10-pakning.

[Preparater og priser](#)

Publisert: 08.01.2016, endret: 08.01.2016, 11:06

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016-7. Stikkord: Poliovaksine. Boostrix polio. Repevax.

DTP-IPV-vaksinen Tetraxim tilgjengelig også utenom barnevaksinasjonsprogrammet

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117206>.

På grunn av leveringsproblemer er DTP-IPV-vaksinen Tetravac ikke tilgjengelig i normale pakninger. Folkehelseinstituttet har utenlandske pakninger med Tetraxim, som er identisk med Tetravac. Tetraxim er nå tilgjengelig for alle som trenger grunnvaksinasjon mot difteri, stivkrampe, kikhoste og poliomyelitt - ikke kun barn og stamcelletransplanterte som tidligere. Vaksinen har kort holdbarhet (31.3.2016).

Aktiv substans, formulering og tilvirkningsmetode for de to vaksinene er identiske, og vaksinene administreres på nøyaktig samme måte. Siden vaksinene er identiske får alle som bestiller Tetravac tilsendt Tetraxim.

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

Tetravac/Tetraxim er eneste tilgjengelige kombinasjonsvaksine mot difteri, stivkrampe, kikhoste og polio (grunnvaksinasjon). Vaksinenes indikasjon er grunnvaksinasjon av spedbarn og boostervaksinasjon av større barn. Hvis det er aktuelt å grunnvaksinere voksne mot disse sykdommene må lege ta stilling til om det er aktuelt å bruke Tetravac/Tetraxim utenfor godkjent aldersindikasjon.

Publisert: 08.01.2016, endret: 08.01.2016, 09:52

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016-11. Stikkord: DTP-IPV vaksine. Tetraxim.

Kortvarig helt tom for BCG-vaksine

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117209>.

Folkehelseinstituttet er for øyeblikket helt tom for BCG-vaksine, både den ordinære vaksinen med markedsføringstillatelse og den alternative vaksinen uten slik tillatelse. Vi regner med å kunne levere alternativ BCG-vaksine igjen i uke 3. Det er uvisst når vi eventuelt får tilbake ordinær BCG-vaksine. De som har BCG-vaksine på lager bør prioritere de yngste barna, og samle BCG-vaksinasjon av disse for å unngå svinn.

Det har lenge vært leveringsproblemer på BCG-vaksine "SSI", som normalt benyttes i Norge. Leveringsproblemene påvirker hele Europa, og Folkehelseinstituttet har vært tom for denne vaksinen siden september 2015. Leveringssituasjonen framover er høyst usikker, og bestillinger på BCG-vaksine "SSI" blir derfor ikke restnotert.

Folkehelseinstituttet kan normalt levere alternativ BCG-vaksine "BB-NCIPD". Denne vaksinen har ikke markedsføringstillatelse i Norge, og foreløpig må lege fylle ut skjemaet *"Resept/Rekvisisjon for legemidler uten markedsføringstillatelse som bare kan utleveres etter spesiell tillatelse fra Statens legemiddelverk"* og sende dette til Folkehelseinstituttet sammen med bestillingen. Vi anbefaler å søke godkjenningssfritak for 1 år siden leveringssituasjonen for BCG-vaksine "SSI" er usikker. Mange vaksinatører har søkt om å benytte BCG-vaksine "BB-NCIPD", og for øyeblikket er vi tom for denne vaksinen. Vi regner med å kunne levere igjen i uke 3. Bestillinger på BCG-vaksine "BB-NCIPD" blir restnotert, og vi sender vaksinen så fort den er tilgjengelig.

- [Godkjenningssfritak humane legemidler \(Statens Legemiddelverk\)](#)
- [Preparatomtale BCG vaccine «BB-NCIPD»](#)
- [Pakningsvedlegg BCG vaccine «BB-NCIPD»](#)

Ved knapphet på BCG-vaksine anbefaler Folkehelseinstituttet å prioritere de som har størst medisinsk behov for vaksinen: de yngste barna med foreldre fra land med høy forekomst av tuberkulose. Ved eventuell BCG-vaksinasjon av andre grupper med høy risiko for smitte, bør man ta med i vurderingen at beskyttelse inntreffer først etter 6-12 uker. Helsepersonell må sikre at BCG-vaksinasjon som utsettes på grunn av mangel på vaksine blir gitt så snart vaksinen er tilgjengelig.

Folkehelseinstituttet oppfordrer til å utnytte alle ampuller med BCG-vaksine maksimalt ved å samle BCG-vaksinasjon på egne dager. Kommuner som sjelden gir BCG-vaksine bør forsøke å samarbeide med nabokommuner om felles BCG-vaksinasjonsdager.

Publisert: 08.01.2016, endret: 08.01.2016, 14:48

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016-12. Stikkord: BCG-vaksine.

Kortvarig tomt for poliovaksine

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117224>.

Poliosituasjonen i verden, samt at mange land går over fra levende oral poliovaksine til inaktivert poliovaksine (IPV), har gitt økt etterspørsel etter IPV globalt. Det har også vært økt etterspørsel etter IPV her i Norge, og Folkehelseinstituttet er midlertidig tomt for denne vaksinen (Imovax Polio). Vi har blitt lovet mer vaksine i slutten av måneden, og regner med å kunne distribuere igjen fra ca. 1. februar 2016.

Neste leveranse av Imovax Polio vil være enkeltdose i enkeltpakning (0,5 ml x 1). Folkehelseinstituttet restnoterer bestillinger som kommer inn nå, og sender vaksinen så fort den blir tilgjengelig.

Publisert: 11.01.2016, endret: 12.01.2016, 13:07

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016-14. Stikkord: Poliovaksine.