


8. januar 2016, 24. årgang

/  helsebiblioteket.no

Helserådet

Nytt om samfunnsmedisin og folkehelsearbeid

- Komplette innholdsfortegnelse s. 2
- Endringer i Helse- direktoratet fra 1. januar 2016 s. 4
- Nytt fellesbibliotek s. 5
- Hvorfor er tungt arbeid skadelig hvis trening er sunt? s. 11
- Trenger vi fortsatt å gjøre noe for barns innelima? s. 14
- Spedbarn som vokser fort, får lettere diabetes s. 20
- Nye oppgaver for Folkehelseinstituttet i 2016 s. 23


Logg inn


Samfunnsmedisin og folkehelse

[Helsebiblioteket.no](http://helsebiblioteket.no)

Folkehelsearbeid er alle samfunnssektors bidrag for å sikre god helse i befolkningen. Samfunnsmedisin er helsetjenestens bidrag.


Ernæring Helserett	Helsefremmende og forebyggende tiltak Legevakt og beredskap	Miljø Organisasjon og kommunehelsetjenesten	Smittevern Statistikk
-----------------------	--	--	--------------------------

Helserådet



Helserådet samler debattinnlegg, fagartikler og saksdokumenter til inspirasjon og hjelp for alle som jobber innen feltet samfunnsmedisin og folkehelse. Tegn abonnement og les mer om Helserådet [Alle utgaver av Helserådet](#)

Retningslinjer og veiledere



Vi har samlet aktuelle veiledere og retningslinjer innen fagområder som arbeidsmedisin, kosthold, skolehelse, helserett, smittevern og en rekke andre fagområder. [Alle retningslinjer og veiledere](#)

Rapporter

Her finner du aktuelle rapporter innen fagområder som smittevern, helserett, statistikk og helsefremmende og forebyggende tiltak. [Alle rapporter](#)

Lover og forskrifter

Her har vi samlet viktige lover og forskrifter på ett sted. Du vil raskt få en oversikt over gjeldende lover og forskrifter i kommunhelsetjenesten, psykisk helse, smittevern og en rekke andre viktige fagområder. [Alle lover og forskrifter](#)

Brosjyrer

Her finner du utvalgte brosjyrer innen fagområder som rus, barn og unge, innelima og andre aktuelle fagområder. [Alle brosjyrer](#)

Tidsskrifter

Aktuelle tidsskrifter innen samfunnsmedisin og folkehelse. [Alle tidsskrifter](#)

Om sidene

Samfunnsmedisin og folkehelsesidene gir nyttig og relevant informasjon til helsepersonell og andre som arbeider innen fagfeltet samfunnsmedisin og folkehelse. Her kan du blant annet lese mer om smittevern, skolehelsetjenesten, miljørettet helsevern og forebyggende helsearbeid.

[Referansegruppe](#)

[Andre nyttige nettsider](#)

Kontaktpersoner

Anders Smith
[Ta kontakt](#)

Katrine Rutgeron
[Ta kontakt](#)

Helserådet

INNHold NR. 1/16

Endringer i Helsedirektoratet fra 1. januar 2016	4
Nytt fellesbibliotek	5
'Helserådet' 2015: Hva har vi formidlet?	6
Fortsatt papirutgave av 'Helserådet' i 2016?	7
Den 17. nordiske workshop i kunnskapsbasert praksis og helsetjeneste	8
Nanosikkerhet og arbeidsbetinget eksem	9
Mange barn på unødvendig strenge allergidietter	9
Fullkorn får deg til å fise mer – men gir et sunt fordøyelsessystem	9
Veganere er sunnest på overflaten	10
Yoghurtspisere hadde lavere blodtrykk	10
For stor hype om tarmbakterier	11
Hvorfor er tungt arbeid skadelig hvis trening er sunt?	11
Protein etter trening gir ikke større muskler	12
Nordmenn mindre aktive enn andre skandinaver	13
Fysisk aktivitet og ryggsmarter hos unge arbeidstakere	13
Trenger vi fortsatt å gjøre noe for barns inneklima?	14
Kan Fylkesmannen bidra til å endre praksis?	15
Kommunelegen griper inn mot støyplager	16
Kommunale avløpsanlegg renser for dårlig	16
Dette lever i kaffemaskina	16
Psykisk helse og rus: Årsverk, kompetanse og innhold i kommunale tjenester	17
Antidepressiva i graviditeten kan øke risikoen for autisme	18
Stress hos mor svekker ikke blodtilførselen til fosteret	18
Bli med og stump røyken for godt	19
E-sigaretter kan ødelegge celler	19
Avliver myte om vektøkning ved røykeslutt	20
Usikkerhet om spredning av resistente bakterier	20
Spedbarn som vokser fort, får lettere diabetes	20
Fra danske Sundhedsstyrelsen: Indsats for overvægtige børn og unge har givet større selvværd og bedre livskvalitet	21
Foreldreveiledning og tidlig tannundersøkelse kan gi bedre tannhelse hos barn	22

Forts. neste side

NYTT FRA WWW.FHI.NO, FOLKEHELSEINSTITUTTET

Nye oppgaver i 2016.....	23
167 dødsfall blant ikke-bosatte i 2014.....	23
Helsemessige vurderinger/godkjenninger av vannbehandlingskjemikalier og materialer i kontakt med drikkevann og næringsmidler.....	24
Høye nivåer av vitamin A øker ikke risiko for hoftebrudd	25
Folkehelseinstituttet oppretter miljøbank.....	26
Toårig opplæringstilbud i folkehelsemikrobiologi	27
Toårig opplæringstilbud i intervensjonsepidemiologi	28
Skadedyrdagene 2016.....	28
Nye merknader til Skadedyrforskriften	28
Verdens osteoporosedag 20. oktober 2015: Sterke bein hele livet	29
Oppdatert 11.12.2015: Yrkesvaksinasjon for ansatte ved asylmottak	30
Boostrix Polio kun tilgjengelig i barnevaksinasjonsprogrammet.....	31
Revidert artikkel: Zika-feber – gravide bør beskytte seg mot myggstikk ved reise.....	31
Antitoxin mot miltbrann tilgjengelig fra Folkehelseinstituttet.....	33
Studenter, kuma og juleferie	33
MoBas fagråd diskuterte framtiden	35
Sammenheng mellom vektøkningen i første leveår og risikoen for type 1-diabetes	35

Helserådet

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

Utgiver: Helsebiblioteket, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

<http://www.helsebiblioteket.no/samfunnsmedisin-og-folkehelse>

ISSN 0806 - 7457

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

Web-redaktør: Katrine Rutgerson. E-post: katrine.rutgerson@kunnskapssenteret.no

Trykk: In-trykk AS

Layout: ASAP Media

Distribusjon: Postklart Distribusjon as

Forsiden: Ny design for emnebibliotek samfunnsmedisin og folkehelse. Se artikkel s. 5.



Endringer i HelseDirektoratet fra 1. januar 2016

Fra 1. januar får HelseDirektoratet nye oppgaver og ansvarsområder. Endringene gjør at direktoratet får en tydeligere fag- og myndighetsrolle.

I revidert nasjonalbudsjett i mai, presenterte regjeringen ny virksomhetsstruktur for etatene under Helse- og omsorgsdepartementet.

Nye oppgaver

Som følge av den nye virksomhetsstrukturen skal over 350 årsverk ut av direktoratet og nær 200 årsverk inn. Med årsverkene som kommer inn, følger oppgaver og ansvar som styrker HelseDirektoratets rolle som fag- og myndighetsorgan:

- Statens autorisasjonskontor for helsepersonell overføres i sin helhet til direktoratet
- Seksjon for meldesystemer og sekretariatet for Nasjonalt råd for prioritering i helse- og omsorgstjenesten fra Kunnskapssenteret overføres til direktoratet
- Administrative ressurser fra Statens institutt for rusmiddelforskning overføres til direktoratet
- Statens strålevern organiseres som en etat i HelseDirektoratet

I tillegg til oppgavene som kommer inn, er det også noen endringer på oppgaver og miljøer som samles utenfor HelseDirektoratet:

- E-helsedivisjonen i HelseDirektoratet trekkes ut og etableres som Direktoratet for e-helse
- Klagesaker fra HelseDirektoratet skal overføres til det nye nasjonale klageorganet for helsetjenesten
- Bibliotektenestene i etatene samles i Folkehelseinstituttet

Statens autorisasjonskontor (SAK)

Overføringen av SAK inn til direktoratet skal styrke arbeidet med autorisasjon og godkjenning. Sammenslåingen skal også bidra til mer helhetlig arbeid, færre beslutningsnivåer og kortere avstand mellom saksbehandling og myndighetsrollen. Nytt nettsted blir www.helseDirektoratet.no/autorisasjon.

Meldesystemer

Når seksjon meldesystemer i Kunnskapssenteret blir overflyttet, flyttes også ansvaret for behandling av 3-3-meldinger. Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 vil bli endret slik at Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten blir erstattet med HelseDirektoratet. Meldeseksjonens nettsider melde.no, hemovigilans.no og cellerogvev.no vil fra nyttår samles på helseDirektoratet.no/meld-uonsket-hendelse (NB! Ikke tilgjengelig før 1. januar).

For helsepersonell vil ikke dette medføre noen endring. Man skal fortsatt melde på samme måte som tidligere, og informasjon fra meldeordningen kan ikke brukes til sanksjoner mot enkeltpersoner eller virksomheter.

Sekretariatet for Nasjonalt råd for prioritering

HelseDirektoratet har i oppdragsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet fått i oppdrag å huse sekretariatet for prioriteringsrådet. Departementet har lagt til grunn at sekretariatets faglige uavhengighet og saksbehandlingsform videreføres selv om de flytter fra Kunnskapssenteret til HelseDirektoratet. Rådet, som består av 19 likeverdige medlemmer, ledes av helseDirektøren. Rådet vil beholde dagens nettsted www.prioritering.no.

Statens strålevern

HelseDirektoratet får et samlet faglig og administrativt ansvar for Strålevernet. Men Strålevernet skal fortsatt:

1. Være ansvarlig myndighet på atomsikkerhets- og ikkespredningsområdet
2. Ha selvstendig beslutningsmyndighet etter atomenergiloven direkte underlagt HOD
3. Opprettholde ansvar og selvstendig beslutningsmyndighet etter forurensningsloven direkte underlagt Klima- og miljødepartementet
4. Beholde ansvar og oppgaver for UD, inkludert arbeidet med atomhandlingsplanen og forvaltningen av tilskuddsordningen

Helse- og omsorgsdepartementet vil gi oppdrag etter strålevernloven til HelseDirektoratet og Strålevernet.

E-helse

Bakgrunnen for å etablere et eget direktorat, er å sikre en sterkere og mer koordinert IKT-utvikling i hele helse- og omsorgssektoren. Mer informasjon om det nye direktoratet finner du på ehelse.no og i artikkelen «[Praktisk informasjon](#)».

Klagesaker

Det nye klageorganet vil bestå av dagens Pasientskadenemda, Helsepersonellnemda, Preimplantasjonsdiagnostikknemda og Klagenemnda for behandling i utlandet. Formålet er en mer effektiv klagebehandling. Klagesakene som blir overført fra Helsedirektoratet er:

1. Klager på fylkesmannens vedtak i førerkortsaker.
2. Klager på Statens autorisasjonskontors vedtak i forbindelse med turnustjeneste for leger og fysioterapeuter.
3. Klager på helseforetakenes vedtak, f.eks. avslag på søknad om behandlingsreiser og vedtak om avslag på avtalespesialistsøknad.
4. Klage på vedtak fattet av HELFO etter blåreseptforskriften §§ 5 og 6 om opptak med mer av medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler på produkt- og prislister.

Fra 1. januar 2017 overføres også klagesakene fra enheten Klage, anke og regelverk i HELFO. Nytt nettsted blir www.helseklage.no.

Praktisk informasjon

E-postadresse: postmottak@helsedir.no

Standard e-postadresse til direktoratets nye medarbeidere er fornavn.mellomnavn.etternavn@helsedir.no (æ=ae, ø=o, å=a).

Medarbeiderne som blir berørt av endringene vil som hovedregel beholde sitt tidligere mobiltelefonnummer.

Referansekode i 'Helserådet': OLE 2016-1. Stikkord: Helsedirektoratet.

Nytt fellesbibliotek

Artikkelen i FHI-delen av dagens nummer av 'Helserådet' med overskriften «Nye oppgaver i 2016» omhandler bl. a. etableringen av et nytt fellesbibliotek i Folkehelseinstituttet for alle relevante bibliotektenester i etatene under Helse- og omsorgsdepartementet.

Det betyr at bibliotekene fra Folkehelseinstituttet, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, SIRUS, Statens strålevern, Legemiddelverket, Helsetilsynet og Helsedirektoratet blir slått sammen til et fellesbibliotek på Folkehelseinstituttet. Helsebiblioteket.no følger med Kunnskapssenteret inn i Folkehelseinstituttet. Således vil også emnebibliotek Samfunnsmedisin og folkehelse, inkludert 'Helserådet', bli overført til Folkehelseinstituttet. Alt stoff fra Kunnskapssenteret er fra nå av publisert på fhi.no. Kunnskapssenterets internettside vil i sin helhet bli innlemmet i nye nettsider for fhi fra våren 2016.

Helsebiblioteket vil over de neste ukene skifte ham. Det signaliseres allerede på forsiden av dagens utgave av 'Helserådet' som viser deler av den nye hjemmesiden for emnebibliotek samfunnsmedisin og folkehelse. Du kan se hele denne hjemmesiden ved å klikke på Helsebiblioteket.no. Du får da først opp den nåværende hjemmesiden for Helsebiblioteket. Gå ned til *samfunnsmedisin og folkehelse* nokså langt nede på venstremenyen. Klikk på den, og du får opp den nye hjemmesiden for emnebiblioteket vårt. Det nye designet er enklere og tilpasser seg brukerens skjermstørrelse slik at sidene fungerer likt uansett om man besøker biblioteket fra PC, nettbrett eller smarttelefon.

Forenklingen betyr også at redaksjonen har kuttet i antall lenker. Slik vil innkjøpte ressurser bli mer synlige, og man får færre valg ved navigasjon på nettstedet. Strukturen på emnesidene blir harmonisert innbyrdes.

Red. kommentar: For meg personlig vil med dette ringen være sluttet. Jeg skulle i 1974 avtjene resten av min militære førstegangstjeneste og ble anvist Hygienekontoret i Forsvarets Sanitet som tjenestested og ble omgående beordret til å arbeide ved daværende Statens Institutt for Folkehelse (SIF). Der kom jeg midt oppe i planleggingen av meldesystemet for infeksjonssykdommer (MSIS) under kyndig og god ledelse av overlege Arve Lystad. MSIS ble gjort landsomfattende fra 1975, og MSIS-rapportene ble utgitt hver uke i mange år. Selv fortsatte jeg ved Folkehelse som assistentlege og reservelege frem til 1980. Når Helsebiblioteket fra nyttår overføres til Folkehelseinstituttet, er jeg altså tilbake der jeg startet som 29-åring i 1974.

Sommeren 2010 la Folkehelseinstituttet ned MSIS-rapportene og erstattet dem med elektroniske nyhetsmeldinger. Det var bakgrunnen for at 'Helserådet' (som jeg etablerte i 1993) høsten 2010 påtok seg å gjengi alle FHI-artiklene hvilket også gjorde det nødvendig å øke utgivelsesfrekvensen for 'Helserådet' til hver 14. dag, til sammen 22 eller 23 numre i året.

Som det fremgår av en annen artikkel i dagens nummer av 'Helserådet', er 'Helserådet's papirversjon under drøftelse: klarer vi i 2016 å utgi 'Helserådet' både i en elektronisk versjon og en papirversjon, eller vil den elektroniske versjonen bli den eneste publiseringsformen?

Referansekode i 'Helserådet': OLE 2016-3. Stikkord: Fellesbibliotek. Folkehelseinstituttet. Kunnskapssenteret. MSIS. Helserådet.

Hva har vi formidlet?

Emne	Filnavn-gruppe	Antall artikler/innlegg/kommentarer
Arbeidsmiljø/yrkesmedisin	ARB	31
Ernæring	ERN	90
Frivillighet	FRI	12
Fysisk aktivitet	FYS	28
Helsemessig beredskap	HBE	2
Helsestasjoner (se også Barn og unge og Helsetjenester diverse)	HEL	1
Medisinsk historie	HIS	2
Helse i plan (inkl. kommunal planlegging og Konsekvensutredninger)	HPL	12
Helserett	HRE	10
Helsestatistikk	HST	33
Helsetjenester diverse	HTJ	77
Helseøkonomi (se også Helse i plan og Organisasjon og ledelse)	HØK	1
Inneklima	INN	8
Kvalitetssikring (se også Organisasjon og ledelse, Metoder i folkehelsearbeidet, Helsetjenester diverse)	KVA	3
Legevakt (se også Organisasjon og ledelse)	LVA	2
Metoder i folkehelsearbeidet	MET	29
Miljørettet helsevern	MHV	72
Organisasjon og ledelse (inkl. partnerskap for folkehelse)	OLE	17
Personlig hygiene og hjemmehygiene	PER	14
Psykisk helsefremmende og forebyggende arbeid	PSY	31
Redaksjonelt	RED	10
Rusforebyggende tiltak	RUS	19
Samhandling	SAM	16
Seksuell og reproduktiv helse	SEX	32
Skader og ulykker	SKA	19
Skolehelsetjeneste (se også Barn og unge og Helsetjenester diverse)	SKO	1
Tiltak mot tobakkskader	TOB	39
Smittevern (tiltak mot smittsomme sykdommer)	TSS	259
Sosial ulikhet i helse	ULI	18
Barn og unge (inkl. Helsestasjoner og Skolehelsetjeneste)	UNG	22
Universell utforming (se også Helse i plan, Miljørettet helsevern)	UTF	1
Sum		911

Fortsatt papirutgave av 'Helserådet' i 2016?

'Helserådet's elektroniske versjon (pdf-versjonen) har siden 2015 vært gratis for e-post abonnentene. Samtidig frasa Helsebiblioteket seg det økonomiske ansvaret for fortsatte utgivelser av papirversjonen.

Etter at pdf-versjonen ble gjort gratis, har antallet papirabonnenter gått tilbake. Undertegnede valgte allikevel å fortsette papirutgivelsene i 2015 selv om produksjonen medførte et underskudd som jeg har fått dekket ved hjelp av en engangsstøtte fra Helsedirektoratet.

Spørsmålet nå er om vi skal utgi 'Helserådet' i papirversjon også i 2016. Vi hadde et oppslag om dette i 'Helserådet' nr. 17/15 (23. oktober) side 4 – 5. Vi sendte også ut et tilleggsark til papirabonnentene sammen med forrige nummer av 'Helserådet' med invitasjon til fortsatt papirabonnement. Responsen hittil har ikke vært tilstrekkelig til at jeg har funnet det økonomisk forsvarlig å utgi dagens nummer av 'Helserådet' i papirversjon.

Enda er det en sjanse til å se 'Helserådet' også i papirversjon i 2016: både de som allerede har vært papirabonnenter samt andre som også kan tenke seg 'Helserådet' i papirversjon, eventuelt som tillegg til pdf-versjonen, kan gi beskjed om dette ved å krysse av nedenfor og sende dette enten som vanlig post til 'Helserådet', postboks 6680 St. Olavs plass, 0129 eller som e-post til smi@helsebiblioteket.no innen 20. januar. **Det tas forbehold om et tilstrekkelig antall bestillinger.** Husk å oppgi navn og postadresse. Vi vil også gjerne ha opplyst kommune.

Jeg/vi ønsker (fortsatt) å være papirabonnt på 'Helserådet' i 2016.
Antall eksemplarer i konvolutten hver gang:

I tillegg ønsker jeg/vi gratis pdf-abonnement . E-post adresse(r) som skal benyttes:
(man kan føre opp så mange man ønsker)

.....

.....

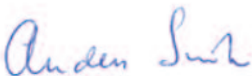
.....

.....

Priser for papirabonnement i 2016 (uforandret fra 2015):

- Ett eksemplar i konvolutten hver gang: kr. 1020,-
- 2-10 eksemplarer i konvolutten hver gang: kr.1530,-
- 11-20 eksemplarer i konvolutten hver gang: kr. 2040,- .

Hilsen



Anders Smith
redaktør

Den 17. nordiske workshop i

KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS OG HELSETJENESTE

“Forskning ved fjæra” med Kunnskapscenteret – på Holmsbu

23. – 27. mai 2016

Maiworkshop

Kunnskapscenteret lover deg et spennende program - og hardt arbeid under denne workshopen i kunnskapsbasert praksis og helsetjeneste. Vi skal fordype oss i hvordan vi kan bruke forskning i praksis: hvordan vi kan formulere gode spørsmål, søke etter litteratur, kritisk vurdere forskningen og bruke den på en god måte i beslutninger i helsetjenesten.

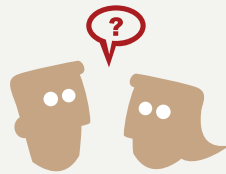
Noe som passer for meg?

Kurset er nyttig enten du arbeider i helsetjenesten, forsker, underviser, er beslutningstaker, bibliotekar eller journalist. Det passer for deg som vil forbedre din egen bruk av fagkunnskap – og for deg som er opptatt av bedre bruk av forskningsbasert kunnskap der du jobber. Dette er en nordisk workshop hvor alle plenumsforedragene og mye av lesestoffet er på engelsk.

Læreformene

er en blanding av forelesninger, grupper og egne studier, basert på problembasert læring i smågrupper.

Etter kurset skal du kunne:



Formulere gode spørsmål som er viktige i jobben din



Effektivt finne forskningsbasert informasjon



Kritisk vurdere resultater fra ulike typer av forskning



Bruke kunnskapen til å ta velinformerte beslutninger i (eller om) sosial- og helsetjenesten

20 dyktige veiledere gir råd og hjelp til 80 deltakere.

Kurspoeng

Vi søker om kurspoeng/tellende timer for samtlige medisinske spesialiteter, for godkjenning til klinisk spesialitet i sykepleie/spesialsykepleie, til ergoterapeuters spesialistordning og for fysioterapispesifikk etterutdanning.

Pris

Individuell kursavgift for uka er kr 6200 ved påmelding innen 1. mars. Deretter er avgiften kr 6700. I tillegg kommer kost og losji. Under visse forutsetninger vil det bli gitt grupperabatt for flere deltakere fra samme arbeidsplass.

Tilbakemelding tidligere år:

”En flott kombinasjon av plenum, gruppe og individuelt arbeid”

Spørsmål

kari.haavelsrud@kunnskapscenteret.no

Les mer om programmet på

www.kunnskapscenteret.no
(under Kurs og konferanser)

Nanosikkerhed og arbejdsbetinget eksem

Det nye nummer af bladet Miljø og sundhed har samlet en række artikler om miljøets indflydelse på sundheden.

Bladet giver blandt andet en status for forskningen i nanosikkerhed, og beskriver en ny screeningsmetode, der kan anvendes til at screene for, om opløsningsmidler forårsager brystkræft via den samme mekanisme som alkohol. Desuden kan du læse om, hvordan et protein i overhuden kan øge risikoen for arbejdsbetinget eksem.

LINK

[Bladet Miljø og Sundhed, december 2015.](#)

Referansekode i 'Helserådet': ARB 2016-1. Stikkord: Nanopartikler. Allergi. Eksem. Miljørettet helsevern.

Mange barn på unødvendig strenge allergidietter *(forskning.no 17.12.2015)*

Grunnen kan være at foreldrene ikke får nok veiledning i hvordan de kan vite om barna har vokst av seg allergien.

Kaja Helland-Kigen, klinisk ernæringsfysiolog. En artikkel fra [Opplysningskontoret for Meieriprodukter](#)

Matallergi er vanligst blant små barn, men de fleste vokser det av seg.

En ny studie av en gruppe svenske forskere så på hvor mange barn som foreldrene tror at er allergiske. De sammenliknet dette med hvor mange som faktisk har en matallergi etter å ha vært gjennom en allergiutredning.

Ordentlig allergiutredning gir færre med allergi

Blant foreldre var det nesten fem prosent som rapporterte at barna var allergisk mot melk, egg, fisk eller hvete.

Ved testing av barna gjennom vanlig allergiutredning hadde 1,4 prosent av barna matallergi, mens bare halvparten av disse igjen viste seg å være allergiske etter den grundigste formen for allergiutredning, som er et såkalt dobbelblindt kostforsøk.

Doppelblindt kostforsøk vil si at barnet tester ut små mengder av maten han eller hun ikke tåler i samarbeid med helsepersonell. Hverken barnet, foreldrene eller helsepersonellet skal vite om barnet får det han eller hun reagerer på eller placebo.

Vanlig allergiutredning innebærer at man tar blodprøver og prikktester på huden.

Se hele artikkelen fra forskning.no samt en del relatert materiale ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/mat-og-helse-medisin-allergi/2015/12/mange-barn-pa-unodvendig-strenge-allergidietter>.

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2016-3. Stikkord: Allergi. Matallergi.

Fullkorn får deg til å fise mer – men gir et sunt fordøyelses-system *(forskning.no 23.12.2016)*

Fullkorn setter tarmen i arbeid. En ny studie tyder på at folk som spiser mye fullkorn, promper mer enn folk som spiser raffinert hvete. Det er et sunnhetstegn, forklarer forskere.

Sedsel Brøndum Lange, journalist i videnskab.dk

Hvis du skal være sunn, bør du velge det grove brødet med massevis fullkorn i. En ny studie tyder nå på at fullkorn er bra for fordøyelsen – i tillegg til at det er fullt av vitaminer og fibre.

Hvordan kan forskerne se det? Blant annet fordi forsøkspersonene som ble satt til å spise mye fullkorn, rett og slett slapp ut mer tarmgass.

– De som hadde spist fullkorn, fikk mer luft i magen og hadde flere luftavganger i løpet av dagen. De andre følte seg mer oppblåst, og de følte seg oftere slitne, forteller Stine Vuholm, som er hovedforfatter for studien.

Det forskes nå mye på tarmbakterienes betydning for helsen, forklarer Tine Rask Licht, som er professor ved DTU. Hun har ikke deltatt i dette forskningsprosjektet.

– Når vi snakker om effekten av kosthold, har vi vært vant til å bare tenke på hvordan maten virker i kroppen. Men effekten på tarmbakteriene er også viktig for helsen, sier Licht, som forsker på tarmbakterier ved DTUs matvareinstitutt.

Se hele artikkelen samt en del relatert materiale ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/mat-og-helse/2015/12/fullkorn-far-deg-til-fise-mer-og-gir-et-sunt-fordoyelsessystem> .

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2016 – 4. Stikkord: Fullkorn.

Veganere er sunnest på overflaten (forskning.no 23.12.2015)

Veganere spiser mindre transfett, sukker og salt enn oss andre, men mange får ikke i seg nok vitaminer og mineraler, tyder en studie på. En utfordring kan dessuten være at kroppen ikke klarer å ta opp alle næringsstoffene du spiser.

Ulla Gjeset Schjølberg, journalist

Veganere per definisjon unnlater å spise all mat som stammer fra dyr. Det vil si alt fra kjøtt og fisk til honning og meieriprodukter. Det finnes mange grunner til å styre unna mat av animalsk opprinnelse. Mange legger dyrevelferd og bærekraftig kosthold til grunn for kostholdet. I tillegg viser flere studier at mer grønnsaker og mindre kjøtt **både er sunnere og muligens også mer miljøvennlig** (direkte klikkbar lenke).

Men hvor sunt er det å kutte absolutt alle bånd til kjøtt, melk og egg? Som med mye annet har kostholdet både sine fordeler og ulemper. Ifølge en ny dansk studie er veganere flinkere enn andre til å unngå sukker og mettet fett og å spise mer fiber. Viktige vitaminer som B12, A og D i tillegg til mineraler, manglet de derimot.

Førsteamanuensis Christine Henriksen ved Universitetet i Oslo er ikke overrasket over studiens resultater.

– Man må vite hva man gjør dersom man skal spise vegetarmat og spesielt veganmat slik at man sørger for å få i seg nok næringsstoffer, sier Henriksen.

Se hele artikkelen samt en del relatert materiale fra forskning.no ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/2015/12/veganere-er-sunnest-pa-overflaten> .

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2016 -5. Stikkord: Vegan-kost.

Yoghurtspisere hadde lavere blodtrykk (forskning.no 25.12.2015)

Men funnene gir ikke grunn til å anbefale yoghurt for å senke blodtrykket, ifølge ernæringsprofessor.

Ulla Gjeset Schjølberg, journalist

Amerikanske forskere har tatt for seg enorme mengder tall fra en **befolkningsstudie som har pågått i 15 år** (direkte klikkbar lenke). De ville se om de kunne finne noen fellestrekk blant de som spiste mer meieriprodukter enn andre.

Studien viste at de som spiste eller drakk rundt tre porsjoner med melkeprodukter med lavt fettinnhold, hadde lavere blodtrykk. Men effekten avtok etter hvert som deltakerne ble eldre.

Men det var ett unntak: De som spiste rundt 170 gram yoghurt tre ganger i uka, hadde fortsatt mindre sjanse for å utvikle høyt blodtrykk.

Se hele artikkelen samt en del relatert materiale fra forskning.no ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/2015/12/yoghurt-kan-motvirke-hoyt-blodtrykk> .

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2016-6. Stikkord: Blodtrykk. Yoghurt.

For stor hype om tarmbakterier (forskning.no 27.12.2015)

Forskere har i de siste årene utført flere og flere studier om tarmbakterier som skal spille en viktig rolle for alt fra fedme til psykisk sykdom. En ny studie går mot strømmen, og forskerne oppfordrer sine kolleger til å ta det litt rolig.

Lise Brix, journalist i videnskab.dk

Diabetes, kreft, hjerte- og karsykdommer, ADHD, fedme, alkoholisme, allergi, autisme ...

I de siste årene har flere og flere studier pekt på at de bakteriene som holder til i tarmene våre, spiller en viktig rolle for helsen vår. En ny dansk studie går mot strømmen og finner ingen sammenheng mellom tarmbakterier og risikoen for hjerte- og karsykdommer.

– I de siste par årene har det vært voldsomt fokus på tarmbakterienes betydning for alle mulige sykdommer. Det er mye hype omkring dette, men vi har fortsatt ikke egentlige beviser.

– Jeg tror vi bør tenke oss godt om før vi utroper tarmbakterier som en avgjørende faktor for helsen, sier professor Thorkild I.A. Sørensen fra institutt for sykdomsforebygging ved Frederiksberg Hospital og Københavns Universitet.

Han er en av forskerne bak den nye studien, som er publisert i tidsskriftet *BMJ Open*.

Tarmbakterier overrasker

Den nye studien er på pasienter som har fått fjernet tykktarmen på grunn av kreft, kronisk tarmbetennelse eller andre tarmsykdommer. Dermed har de også mistet mange av tarmbakteriene sine.

– Vi har sett på hva som skjer ved en dramatisk endring av bakterieinnholdet i tarmen. Vi forventet at det ville påvirke risikoen for hjerte- og karsykdommer.

– Men det gjorde det ikke. Det bør føre til en viss skepsis rundt påstandene om tarmbakterier, sier Sørensen.

Se hele artikkelen samt en del relatert materiale fra forskning.no ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/helse-bakterier-menneskekroppen/2015/12/kritikk-det-er-mye-hype-om-tarmbakterier>.

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2016-7. Stikkord: Tarmbakterier.



Nyhetsbrev uke 51. 18.12.2015

Hvorfor er tungt arbeid skadelig hvis trening er sunt?

Paradokset mellom fysisk aktivitet på jobb versus fysisk aktivitet definert som trening, peker på at psykologiske mekanismer bidrar til å forsterke de henholdsvis negative og positive virkningene av fysisk aktivitet.

Artikkelen er knyttet til temaet [Smerter, muskel- og skjelettplager](#)

Kronikk av Stein Knardahl, professor dr.med. og avdelingsdirektør ved Avdeling for arbeidspsykologi og fysiologi, Statens arbeidsmiljøinstitutt. Tidligere publisert i Dagens Medisin 21/2015

Trening er populært. Mediene er fulle av treningstips og motstridende råd om hvordan man skal trene for å vinne konkurranser eller nå mål om skjønnhet og langt liv. Alle som tjener penger på trening, presenteres som «ekspert».

Mange råd om helse og sykefravær handler slett ikke om arbeidsinnhold eller arbeidsmiljø, men om trening i arbeidstiden.

Trening eller ikke?

Hvis trening forebygger både psykiske problemer, muskelskjelettlidelser og smertetilstander, burde ikke alle pålegges å trene?

Men hvis trening er så bra for helseplager: Hvorfor er både helsepersonell og lekfolk så sikre på at fysisk tungt arbeid er helseskadelig og fører til «utslitthet» og nedsatt arbeidsevne? Det er publisert tonnevis av forskning som har vist at fysisk tungt arbeid kan øke risiko for ryggsmarter, nakke-, skulder- og armpoblemer, og smertetilstander fra underekstremitetene. Burde man ikke rett og slett fraråde styrketrening og hard fysisk trening?

Hvorfor?

Styrketrening fører vanligvis til økt styrke og kondisjonstrening fører til bedre kondisjon. Man oppnår altså bedre kapasitet, bedre funksjonsevne. Intens fysisk aktivitet ledsages av smerteheining som kan vedvare flere timer etterpå.

Hvorfor gjelder ikke dette også når omtrent de samme øvelsene gjøres på jobben i arbeidstiden? Er det noe med tidspunkt på døgnet? At trening bare virker positivt tidlig om morgenen eller sent på ettermiddagen? Eller er det slik at fysisk trening virker positivt på helsen hvis man har betalt dyrt for den, men virker negativt hvis man får betalt for å utføre den?

Positive vondter

Intens fysisk aktivitet, trening, gir jo også ubehag mens man holder på: Ved utmattelse kjenner man smerter fra muskler og ligamenter ved både statisk og dynamisk arbeid. Når dette skjer i et treningsstudio, er det forventet og tegn på at man har tatt i tilstrekkelig til å få treningseffekt. Det er tegn på at treningen er vellykket. Stølheden et par dager etterpå er også tegn på at treningen virker. Dessuten vet vi med stor sikkerhet at disse plagene forsvinner av seg selv.

Når vi definerer aktiviteten som trening – når vårt kognitive skjema er «trening» og ikke «belastning» – opplever vi faktisk vondtene som positive, i hvert fall uproblematiske.

Under trening erfarer vi også at vi klarer mer, at vi orker mer. Med trening endres våre antakelser om aktivitet og hva vi kan klare – vi opplever å mestre («self efficacy»). Trening og fysisk aktivitet kan overbevise pasienter med smerter og andre plager om at aktivitet er mulig for dem. Videre kan kroppsfatningen og selvbildet bedres når man erfarer å kunne klare mer. Fysisk aktivitet benyttes derfor i behandling av depresjon antakelig med stort sett gode resultater.

Placebo-effekter

Alle vet at trening er bra for helsen. Forventninger om positive virkninger er en av mekanismene bak placebo-effekter. Smertelindring under aktivitet kan forsterkes med klassisk betingning. Man må derfor regne med særdeles sterke placeboeffekter av trening.

Forskning om virkninger av trening drives stort sett av forskere som selv er overbevist om at trening er fantastisk bra. Det er umulig å gjennomføre dobbeltblindede studier av treningstiltak, så det finnes ikke forskning om treningseffekter på muskelskjelettsmerter av høy vitenskapelig kvalitet. Dyr placebomedisin virker bedre enn billig placebomedisin, og det er vel tenkelig at dyre treningsformer virker ekstra godt.

«Belastning»

For fysisk tungt arbeid er situasjonen den motsatte: Konvensjonell visdom er at fysisk tungt arbeid gir en rekke helseskader. I dette området brukes begrepet «belastning» og ikke trening. Det meste av forskningsbasert kunnskap innen dette området er basert på subjektiv rapportering av fysiske eksponeringer. Siden mange ansatte går ut fra at fysisk tungt arbeid forårsaker helseskader, det vil si at de har attribusjoner om helseeffekter av fysisk tungt arbeid, er det de siste årene reist tvil om hvorvidt slike subjektive rapporter gir et korrekt bilde av eksponeringene – om de er valide?

Mens mange tar det for gitt at tunge løft på jobben skader ryggen, viser nyere forskning at tunge løft i seg selv har liten betydning for ryggsmertene. Den konvensjonelle visdom som store deler av helsevesenet kommuniserer til pasientene, har kanskje en sterk nocebo-komponent.

Utfordringen

Vi vet jo at fysisk trening kan være god forebygging og behandling av diabetes og hjerte- og karsykdommer. Fysisk aktivitet utgjør en viktig del av behandlingen av en rekke reumatiske sykdommer, og vi må nok holde fast ved den generelle konklusjonen at trening er bra for dagligdagse muskelskjelettlidelser selv om mange av effektene er placebo. Dessuten må vi fremdeles gå ut fra at visse typer mekaniske eksponeringer på jobben kan øke risiko for muskelskjelettlidelser og kroniske smerter. Men paradokset mellom fysisk aktivitet på jobb versus fysisk aktivitet definert som trening, peker på at psykologiske mekanismer bidrar til å forsterke de henholdsvis negative og positive virkningene av fysisk aktivitet.

Helsevesenet og særlig primærhelsetjenestene og bedriftshelsetjenestene, har en stor oppgave i å informere arbeidsplasser og pasienter på en slik måte at nocebo-effekter forebygges.

Referansekode i 'Helserådet': FYS 2016-1. Stikkord: Arbeid.Fritid.

Protein etter trening gir ikke større muskler *(forskning.no 15.12.2015)*

Det hjelper ikke på muskelveksten å drikke en proteinshake eller spise en proteinbar like etter trening.

Bo Christensen, journalist, videnskab.dk

I mange år har mange forskere og treningseksperter trodd at det er mulig å bygge mer muskler ved å innta proteiner i de første to timene etter trening.

Men det ser ut til å være en myte, viser to store gjennomganger av forskningen på området. Det er ingen forskjell på folk som inntar protein før og etter trening.

Det holder å spise nok protein i løpet av dagen, konkluderer forskerne. Gjennomgangene, også kalt metastudier, er utgitt i tidsskriftet

Undervisningen på området må nå endres, mener førsteamanuensis Kristian Vissing.

– Etter å ha lest de to metastudiene er jeg overbevist. Jeg har anbefalt proteininntak etter trening i bøker og i undervisningen. Det vil jeg ikke lenger gjøre, i hvert fall ikke for unge mennesker, sier Vissing, som er førsteamanuensis ved institutt for folkehelse på Aarhus Universitet.

Han forsker på trening, muskelvekst og fysiologi, men har ikke selv bidratt til de to metastudiene.

Se hele artikkelen fra forskning.no samt en del relatert materiale ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/helse-sport/2015/12/myte-avlivet-protein-etter-trening-gir-ikke-storre-muskler>.

Referansekode i 'Helserådet': FYS 2016-2. Stikkord: Trening. Muskler. Protein.

Nordmenn mindre aktive enn andre skandinaver *(forskning.no 17.12.2015)*

Finnene trimmer mest, mens nordmenn havnet på 10. plass i en undersøkelse av fysisk aktivitet i 15 europeiske land.

Ingrid Spilde, journalist

Nordmenn er visst ikke så spreke.

Det viser resultater fra den **sjuende runden av den store europeiske samfunnsundersøkelsen European Social Survey (ESS)**. Dette er en spørreundersøkelse som kartlegger holdninger og adferd blant folk i mange europeiske nasjoner.

I denne runden ble deltagerne altså spurt om hvor mange ganger den siste uka de hadde drevet med fysisk aktivitet, som sport eller rask gange, i 30 minutter eller mer.

Det er viktig å huske at det er en del usikkerhet knyttet til spørreundersøkelser, blant annet på grunn av feilrapportering. Likevel bør vi kanskje ta inn over oss at tallene ikke var spesielt lystige for oss i Norge.

Nordmenn oppga i gjennomsnitt at de trimmet 3,1 dager i uka. Det gir oss 10. plassen på lista over de 15 landene som deltok, ifølge en pressemelding fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, som har tilrettelagt undersøkelsen.

Både svensker og dansker var mer aktive enn oss, og finnene var flinkest, med 3,8 dager i uka. På bunn lå franskmennene, med bare 2,3 dager i uka.

Se hele artikkelen fra forskning.no samt en del relatert materiale ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/2015/12/nordmenn-lite-aktive>.

Referansekode i 'Helserådet': FYS 2016-3. Stikkord: Trimming. Trening.



Nyhetsbrev uke 51, 17.12.2015

Fysisk aktivitet og ryggsmarter hos unge arbeidstakere

Er det slik at mye fysisk aktivitet på fritiden kan hindre muskelskjelettsmerter hos unge som akkurat har gått inn i arbeidslivet? En studie ved Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) har undersøkt dette.

Kontakter:

Lars-Kristian Lunde, Stipendiat (AML)

Bo Veiersted, Gruppeleder arbeidsrelaterte muskelskjelettlidelser (AML)

Artikkelen er knyttet til temaet [Smerter, muskel- og skjelettplager](#) (direkte klikkbar lenke)

Plager i muskel- og skjelettapparatet er utbredt, og i Europa rapporterer over 100 millioner slike problemer. Blant mange arbeidstakere bidrar muskelskjelettlidelser til redusert arbeidsevne og økt sykefravær. For unge ser det ut til at forekomsten av ryggsmarter øker med økende alder, og at inngangen i arbeidslivet i mange tilfeller vil introdusere en rekke risikofaktorer for utvikling av muskelskjelettlidelser.

Forskning på unge

Tidligere har man trodd at lavt fysisk aktivitetsnivå på fritiden kan være en uavhengig risikofaktor for ryggsmarter, og at man dermed

kan tenke seg at høy grad av fysisk aktivitet på fritiden kan «motarbeide» noe av risikoen for ryggmerter hos unge arbeidstakere som trer inn i arbeidslivet. Likevel finnes det lite kunnskap og få vitenskapelige artikler der unge arbeidstakere følges over tid.

I en studie ved Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) fulgte vi 420 unge elever innen media, elektrikerfag og frisørfag over en periode på seks og et halvt år. I løpet av denne perioden gikk deltakerne i studien fra skolebenken og ut i arbeidslivet. Studien undersøkte både fysisk aktivitetsnivå på fritiden og utvikling av ryggmerter hos deltakerne.

Hva fant vi ut?

Resultatene av studien viste en nedadgående trend i forekomst av ryggmerter hos deltakerne. Denne trenden var klarest hos kvinner, som også viste en oppadgående trend i fysisk aktivitet på fritiden i samme periode. For menn var rapporteringen noe mer varierende. De kvinnelige deltakerne i studien hadde jevnt over høyere andel av ryggmerter og mindre andel av fysisk aktivitet på fritiden enn menn, gjennom hele oppfølgingsperioden.

Analysene indikerte et lavere smertenivå i rygg hos de som hadde høyt nivå av fysisk aktivitet på fritiden sammenlignet med de som hadde et lavt nivå, men funnene var kun grensesignifikante. I analysene kontrollerte man for bl.a. arbeidsbelastning, sosioøkonomisk bakgrunn og kroppsmasseindeks.

Senere analyser hvor man delte ryggsmerte i «ikke smerte» eller «smerte», viste at sammenhengen mellom fysisk aktivitet på fritiden og ryggsmerte var signifikant for kvinnene i denne studien.

Disse resultatene kan tyde på at fysisk aktivitet på fritiden kan bidra til mindre ryggmerter hos unge i en overgang fra skole til arbeidsliv, men for å gi klare anbefalinger er man avhengig av ytterligere undersøkelser. Studien viste tydeligst sammenheng mellom fysisk aktivitet og ryggmerter hos kvinner.

Vit. Artikkel:

Low back pain and physical activity. A 6.5 year follow-up among young adults in their transition from school to working life
BioMed Central, BMC Public Health 15.

Referansekode i 'Helserådet': FYS 2016-4. Stikkord: Ryggmerter. Fritid. Arbeid.

Trenger vi fortsatt å gjøre noe for barns inneklima?

Red.: Dette er min personlige vurdering:

Det er utvilsomt fortsatt behov for et uavhengig tverr- og flerfaglig forum innen bygg-, medisin og jus. For 20 år siden ble NFBIB etablert (Norsk Forum for Bedre Innemiljø for Barn), se <http://www.innemiljo.net>. Dette skjedde som en midlertidig ordning i påvente av å få en permanent løsning gjennom bidrag fra det offentlige, jfr Nasjonal Handlingsplan Godt Inneklima i Norge. NFBIB er nå forankret i TEKNA, men har fortsatt ingen etablert grunnfinansiering. NFBIB vurderer for tiden mulige løsninger for å overleve økonomisk. Trenger vi fortsatt NFBIB? Undertegnede mener ja.

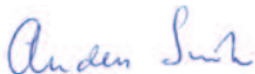
Det er tunge argumenter for dette. NFBIB har dekket offentlige og andre behov for utvikling av faglig forsvarlig informasjonsmaterieell på en rekke fagområder innen miljørettet helsefremmende virksomhet. Se vedlagte oversikt over utførte prosjekter: http://www.innemiljo.net/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=8&Itemid=34

Det er også mange eksempler på svært kostbare feil som kunne vært unngått dersom de rutinemessig på forhånd hadde vært kvalitets-sikret av et slikt uavhengig tverr- og flerfaglig utvalg. Av nyere og viktige eksempler kan nevnes:

- Alt for høye og unødvendige investeringer i nye skolebygg og påfølgende uforsvarlig høy gjeld i kommunene bl.a. etter 30 mrd i rentefrie lån fra staten til kommunene. Etter min oppfatning har det vært svært lite kostnadseffektivt bruk av ressursene. Til tross for flere års felles innsats fra fire direktorater (Helsedirektoratet, Arbeidstilsynet, Utdanningsdirektoratet og DIBK) og landets Fylkesmenn er likevel ikke forsvarlig vedlikehold på plass i kommunene (jfr KOSTRA, RIF 2015 og KS 2013 og -14 samt Momentliste 1 fra Helsedirektoratet/NFBIB).
- Minst ti nye skolebygg oppført som kompaktbygg uten tilstrekkelig dagslys representerer feilbruk av mange milliarder kroner. Dette inkluderer bl.a. Marienlyst skole i Drammen – «Norges mest miljøvennlige skole», antagelig også «Kuben vgs» i Oslo.

Gjennom mangeårig samarbeid med og kjennskap til NFBIB, både som kommuneoverlege, fylkeslege og ansatt i Helsedirektoratet mener jeg at vi fortsatt trenger NFBIB. Synspunkter på dette tas gjerne imot med takk: smi@helsebiblioteket.no.

Oslo, 8. januar 2016.



Anders Smith, redaktør av 'Helserådet'

Referansekode i 'Helserådet': INN 2016-1. Stikkord: NFBIB.

Kan Fylkesmannen bidra til å endre praksis

Korleis kan Fylkesmannen bidra til endring av praksis hos helsepersonell? Vi har gjort forsøk med å endre egne arbeidsformer.

Per Stensland, *fylkeslege i Sogn og Fjordane, dr.med., professor ved institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen*

FYLKESMANNEN driv omfattande tilsyn. Føremålet med tilsynet er å gjere tenestene sikrere og betre ved å kontrollere at dei er i samsvar med krav i lovverket. Ofte må Fylkesmannen få fagpersonell til å endre eigen innarbeidd praksis. Våre val av arbeidsformer er ikkje likegyldig.

Etter tilsyn ser vi ikkje sjeldan at praksis vert endra, men også at varigheit av endringane er avgrensa. Om vi kjem på nytt tilsyn etter eit par år, kan kvaliteten vere på tidlegare nivå. Vi må spørje: Er ressursbruken vår i samsvar med det vi oppnår?

Fagpersonellet i kommunen er ofte lenge før tilsynet godt kjende med den avvikande tenestekvaliteten som tilsynet finn. Dei har likevel ikkje endra praksis. Korleis bidra til at dei velgjer og held seg til god praksis? Det finst naturleg nok ikkje berre eitt svar på dette spørsmålet. Vi må leite etter fleire.

LÆRINGSTILSYN. Fylkesmannen i Sogn og Fjordane har dei siste åra gjort «læringstilsyn» i kommunal helse-, sosial- og barnevernsteneste (1). Dette er ei pedagogisk arbeidsform der fagfolk gjer eigenkontroll på eit avgrensa felt i ei gruppe kommunar, samtidig som vi gjer tradisjonelt tilsyn (systemrevisjon) på same tema i ein nabokommune.

Ved å samle alle kommunane før og etter tilsyna i felles startmøte og oppfølgingsmøte, etablerer vi ei felles ramme for eigenkontroll og tilsyn. Verkemidla er oppdatert informasjon om regelverk frå Fylkesmannen, eigenaktiv sjølvvurdering og identifisering av svake område i kommunane, planlegging av endring og iverksetting. Ved å kombinere tilsyn og eigenkontroll, har det vist seg at mange kommunar også nyttar nokre av tilsynet sine arbeidsformar, slik som til dømes journalgjennomgangar.

Alle læringstilsyna har blitt avslutta med ei evaluering av arbeidsform og læringsutbytte etter gjennomføringa. For nokre av dei evaluerte vi effekten også direkte på tenesteytinga.

RØYNSLER. Kommunane verdsette arbeidsforma og rapporterte at prosessen førte til at leiinga fekk betre styring av tenesta. Helse- og sosialpersonellet rapporterte at dei i større grad fekk ei aktiv ansvarleg posisjon i sjølvvurderinga og at heile organisasjonen vart trekt med i diskusjon av tilsynstemaet. Dei la vekt på at dei kom i ein posisjon der dei oppdaga egne feil sjølv.

Både kommunar og fagpersonell sette pris på å kunne jobbe med vanleg forbetningsarbeid liksom med andre interne saker: «Ved vanleg tilsyn er det redsel for media som er i fokus, her jobba vi i ro og mak».

ENDRA PRAKSIS? Vi ville også undersøke om endring av prosedyrar, opplæring og samhandling slo ut på målbar kvalitet av ytte tenester. Vi valde tilsyn med rehabilitering i sjukeheim som modell. Fire tilsynskommunar og ni kommunar som gjorde læringstilsyn, deltok. Tolv målbare sentrale kvalitetsindikatorar vart valt ut frå rettleiarane om tilsyn med rehabilitering i sjukeheim og desse vart evaluert seks-tolv månader etter tilsynet.

Vi fann at læringstilsynskommunane skåra litt høgare enn tilsynskommunane på meir enn halvdelen av kvalitetsindikatorane når tenestene vart vurdert seks-tolv månader etter slutført tilsyn. På to indikatorar skåra tilsynskommunane litt over, dei resterande var like.

Resultata indikerte at eigenkontroll i gruppe ga minst like godt resultat på betring av tenestekvalitet som tradisjonelt tilsyn etter at tilsyna var gjennomført.

KVA TYDER DETTE? Denne undersøkinga famnar om få kommunar og gir ikkje svar på om eigenkontroll i gruppe generelt sett kan måle seg med systemrevisjon når det gjeld å få andre til å endre praksis til det betre. Men i denne gruppa av kommunar syntest eigenkontroll å vere like bra som tradisjonelt tilsyn til å endre kommunehelsetenesta si rehabiliteringspraksis.

Den evalueringa vi har gjort, gir heller ikkje svar på om læringa sit lengre i etter læringstilsyn enn etter vanleg tilsyn. Men ein stor andel av dei fagfolka som kontrollerte seg sjølv med læringstilsyn, meldte at dei opplevde dette som meir positivt enn å vere gjenstand for tilsyn. Fylkesmannen sin ressursbruk var i tillegg monaleg mindre ved gjennomføring av læringstilsyn enn ved tradisjonelt tilsyn.

Undersøkinga minner om at kommunane sjølve har eit godt potensial for betring av eigen praksis. Og om at også tilsynsmetodar må evaluerast. Funna er elles tråd med kunnskap frå pedagogikk og kvardagsliv: Eigenstyrt informasjonsinnhenting med støtte frå rettleiar er ofte eit prima utgangspunkt for læring. Eigenopplevd erfaring er ofte eit godt utgangspunkt for endring av praksis.

Referansekode i 'Helserådet': KVA 2016-1. Stikkord: Læringstilsyn. Stensland Per.

Kommunelegen griper inn mot støyplager

Kommunelegen i Averøy i Møre og Romsdal griper inn mot støyplager fra Averøy industripark der oljeplattformer i opplag skal ha skapt så mye støy at naboer er blitt sykmeldte, melder NRK.

Kommunen gjorde støymålinger og trodde at saken kunne løses enkelt, men slik var det ikke.

Hverken Fylkesmannen eller Vegdirektoratet har hjemmel for å pålegge tiltak fordi dette er støy fra aktivitet i sjø, og der er det ingen generelle støykrav, forklarer rådmann Knut Mostad.

Nå griper altså kommunelegen inn under henvisning til at støyplagene kan være helseskadelige. Det innebærer at selskapet må redusere aktiviteten eller fjerne plattformene fra området.

Red. kommentar: Flott bruk av Folkehelseovens kapittel 3 om miljørettet helsevern!

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2016-1. Stikkord: Støy. Oljeinstallasjoner. Averøy.

Kommunale avløpsanlegg renser for dårlig

Nesten halvparten av avløpsanleggene Miljødirektoratet testet i 106 kommuner, oppfylte ikke kravene til rensing.

NTB/Kommunal Rapport 18.12.2015 (©NTB)

Sammen med fylkesmennene har direktoratet testet renseanlegg og ledningsnett over hele landet de siste to årene. Rensingen var for dårlig ved 44 prosent av de 147 anleggene som ble testet.

– Det er alvorlig at så mange avløpsanlegg ikke overholder kravene til rensing. Dette betyr økt fare for forurensning av vassdrag, sier direktør Ellen Hambro i Miljødirektoratet.

Vann som ikke blir godt nok rensert, inneholder organisk materiale, fosfor og nitrogen. Utslippene kan føre til dårlige oksygenforhold og algevekst i vassdrag og fjorder. I tillegg til gode renseanlegg, er det viktig med et godt ledningsnett, ettersom lekkasjer i ledningsnettet også vil føre til økte utslipp til miljøet.

Klimaendringene fører til mer nedbør og hyppigere styrtregn. I tillegg må avløpsnettet ta imot overvann fra tette områder som hustak og asfalterte flater. Ledningsnett, overløp og renseanlegg er viktig infrastruktur i kommunene og må være i god stand, understreker direktoratet.

– Det handler både om å forebygge og minimere skader på bygninger, veier og avløpsanlegg og å forhindre utslipp til miljøet, sier Hambro.

Fylkesmennene skal nå følge opp alle avløpsanleggene der det er avdekket brudd på miljøreglene.

Flere artikler om

[Energi og miljø](#) (direkte klikkbar lenke)

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2016-2. Stikkord: Avløpsanlegg. Renseanlegg. Vann.

Dette lever i kaffemaskina (forskning.no 27.12.2015)

En stund siden du vaska espressomaskina? Les denne! Eller kanskje ikke.

Ingrid Spilde, journalist

For en ironi.

En av grunnene til at du skaffet deg kaffekapselmaskina, var jo nettopp den rene enkelheten ved hele prosessen:

Fyll friskt vann. Sett inn futuristisk fargerik forseglede kapsel. Trykk play.

Og vips! En fin kopp med grisefri kaffe.

Det eneste sølet du blir konfrontert med, er en liten haug av brukte kapsler som du må tømme ut en gang i ny og ne.

Men det var altså før vitenskapen kom og ødela alt sammen.

Nå har nemlig et trekløver av spanske forskere undersøkt hva som faktisk finnes i kaffemaskina. Det er en forbløffende variert verden av bakterier. Bakteriesamfunnet er dessuten rasktvoksende, og noen av medlemmene i dette samfunnet kan være sykdomsfremkallende.

Tilsammen peker funnene mot at maskinene bør vaskes ofte, konkluderer Cristina Vilanova i forskningstidsskriftet *Scientific Reports*.

Se hele artikkelen samt en del relatert materiale ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/bakterier/2015/12/dette-lever-i-kaffemaskina>.

Referansekode i 'Helserådet': PER 2016-1. Stikkord: Kaffemaskiner.



Helsedirektoratet

21.12.2015

Psykisk helse og rus: Årsverk, kompetanse og innhold i kommunenes tjenester

Årsverksinnsatsen i kommunene som brukes til arbeid med psykisk helse og rus synes å holde seg stabil. Én av fem kommuner vurderer at tilbudet de gir til barn og unge med alvorlige problemer er dårlig.

Dette er blant funnene i rapporten «Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2015: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene» som SINTEF har laget på oppdrag fra Helsedirektoratet.

[Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2015: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene \(SINTEF\)](#) (direkte klikkbar lenke)

Når det gjelder barn og unge, bruker kommunene flest årsverk på milde og kortvarige problemer. Mange kommuner sliter med å gi et godt tilbud til barn og unge med alvorlige og langvarige problemer eller lidelser. Fra 2007 til 2011 var det 11 prosent nedgang i registrerte årsverk til barn og unge. Siden har tallet på årsverk til denne gruppen vært relativt stabilt. Én av fem kommuner vurderer at tilbudet de gir til barn og unge med alvorlige problemer eller lidelser er dårlig eller svært dårlig.

- Til tross for høy kompetanse i tjenestene er vi bekymret når én av fem kommuner opplever at de gir et dårlig tilbud til barn og unge med alvorlige problemer. Kommunene må se på hvordan de organiserer tjenestene og om de har tilstrekkelige ressurser. De må planlegge for et godt tilbud også til denne gruppen, sier avdelingsdirektør Anette Mjelde i Helsedirektoratet.

Stabil årsverksinnsats, god kompetanse

Årets rapport er den første der årsverkene innen psykisk helse og rus er kartlagt sammen. Det gir et brudd i tidsserien, og det er derfor en viss usikkerhet knyttet til utviklingen i antall årsverk. Etter kvalitetskontroll og kontakt med mange kommuner, konkluderer imidlertid SINTEF med at det ikke er store endringer i årsverksinnsatsen innen arbeidet med psykisk helse og rus i kommunene fra 2014 til 2015.

Den positive trenden med økt utdannings- og kompetansenivå i tjenestene fortsetter. I 2015 hadde 88 prosent som jobber med barn og unge utdanning fra høyskole eller universitet. Av de samlede psykologressursene innenfor kommunale psykisk helse- og rustjenester, er 76 prosent innrettet mot målgruppen barn og unge. Det var en betydelig styrkning av antall psykologer i tjenestene rettet mot barn og unge i perioden 2007-2013, med en vekst på 51 prosent. Årets rapportering viser at antall psykologer i tjenestene opprettholdes på omtrent samme nivå. Psykologer utgjør nå en av flere viktige yrkesgrupper i tjenestetilbudet til barn og unge.

Voksne: Mangler arbeids- og aktivitetstiltak

I rapporten kommer det frem at mange kommuner mener det mangler arbeids- og aktivitetstiltak for personer med utfordringer knyttet til psykisk helse og/eller rus. Det kan se ut som om det er behov for å avklare organisering og ansvarsfordeling for denne type tiltak. Noen kommuner sier at de har lagt ned slike tiltak etter NAV-reformen, mens andre har egne kommunale tiltak tilpasset målgruppen.

- Alle har vi behov for noe meningsfullt å fylle dagene våre med. Vi vet at arbeids- og aktivitetstiltak kan bidra til at enkeltmennesker opplever å mestre eget liv. Tett samarbeid mellom kommunene og andre offentlige instanser kan gjøre det lettere å få på plass gode tilbud, sier avdelingsdirektør Anette Mjelde i Helsedirektoratet.

Kommunene mener også at det mangler heldøgns omsorgstilbud for personer med alvorlig sykdom innen rus og/eller psykiske lidelser. Mange kommuner mangler også egnede botilbud for målgruppen.

De fleste som arbeider med voksne brukere har utdanning på høyskole- eller universitetsnivå (64 prosent), og det er under 10 prosent ufaglærte.

Andre funn fra rapporten:

- Brukermedvirkning: 40 prosent av kommunene har etablert brukerråd hvor brukere fra psykisk helse- og rusfeltet er representert.
- Vold i nære relasjoner. Positiv utvikling i andel kommuner som har handlingsplan mot vold i nære relasjoner. Økt fra én av fem kommuner i fjor, til én av tre kommuner i år.
- Kompetansesentre: De fleste kommunene oppgir at de kjenner til de ulike kompetansesentrene innenfor psykisk helse- og rusfeltet, men det er store variasjoner i bruken av dem.

Referansekode i 'Helserådet': PSY 2016-1. Stikkord: Kommunale tjenester: Rus og psykisk helse.

Antidepressiva i graviditeten kan øke risikoen for autisme

(forskning.no 17.12.2015)

Antidepressive medisiner de siste seks månedene av graviditeten kan øke risikoen for å få barn med autisme med 87 prosent, antyder en ny, stor studie. Men det er uklart om medisinene eller depresjonen til mor gir risikoen, og danske forskere er kritiske til studien.

Marie Barse, journalist, videnskab.dk

Er du deprimert og blir gravid – eller gravid og blir deprimert – bør du kanskje vurdere forbruket av antidepressive medisinerer ekstra grundig.

En ny, stor studie fra University of Montréal viser nemlig at risikoen for å få et barn med autisme øker med 87 prosent hvis du tar antidepressive medisiner av typen SSRI de siste seks månedene av graviditeten. Det er nesten en fordobling.

«Vi argumenterer ikke mot behandling depresjon under graviditeten, men vi vet at 80–85 prosent av deprimerede gravide har mild eller moderat depresjon. Antidepressive medisiner er bare én behandlingsmulighet for den gruppen. Mange studier har vist at trening eller samtalerapi også har effekt», understreker Anick Bérard, som er professor ved forskningsenheten for graviditet og medisinering ved University of Montréal, i en e-post.

Hun er en av de som har skrevet den nye forskningsartikkelen, som er publisert i tidsskriftet *JAMA Pediatrics*.

Se hele artikkelen fra forskning.no samt en del relatert materiale ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/medisin-svangerskap/2015/12/antidepressive-medisiner-under-graviditeten-fordobler-risikoen-for-autisme>

Referansekode i 'Helserådet': SEX 2016-1. Stikkord: Antidepressiva. Graviditet. Autism.

Stress hos mor svekker ikke blodtilførselen til fosteret

(forskning.no 17.12.2015)

Tidligere forskning har antydnet at stress under svangerskapet kan svekke blodtilførselen til fosteret. Men da norske forskere undersøkte dette hos gravide kvinner som var spesielt utsatt for stress, fikk de et uventet resultat.

Eldrid Borgan, kommunikasjonsrådgiver. En artikkel fra [Nasjonal kompetansetjeneste for kvinnehelse](#).

Alvorlig stress under graviditeten kan ha en negativ effekt på fosteret, viser noen tidligere studier både på mennesker og dyr. Blant annet har tidligere forskning antydnet at stress er forbundet med svekket blodtilførsel til morkaken, som kan tenkes å påvirke fosterets vekst og utvikling.

Fødselslege Anne Helbig jobber med fostermedisin til vanlig og er derfor vant til å møte gravide som opplever mye stress under svangerskapet fordi de er bekymret for fosterets helse. Men det er det usunne stresset Helbig er mest opptatt av.

– Usunt stress er det stresset du føler at du ikke takler, som kan føre til angst, depresjon og posttraumatisk stressyndrom. Når det er så alvorlig og kronisk, kan det tenkes å påvirke fosteret.

Slikt usunt stress kan for eksempel komme som et resultat av en traumatisk livshendelse, som å få beskjed om at barnet i magen har alvorlige avvik. Helbig ville derfor finne ut om slikt stress virkelig svekker blodtilførselen til morkaken og fosteret, en prosess som potensielt kan ha alvorlige konsekvenser for barnet.

Resultatene skulle vise seg å være overraskende.

Se hele artikkelen samt en del relatert materiale fra forskning.no ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/blod-svangerskap-stress/2015/12/stress-hos-mor-svekker-ikke-blodtilforselen-til-fosteret>.

Referansekode i 'Helserådet': SEX 2016-2. Stikkord: Stress. Graviditet.

Bli med og stump røyken for godt

Det nærmer seg nyttår og mange har røykeslutt øverst på listen over nyttårsforsetter. Nå får du sjansen til å komme tett innpå andre som skal slutte, og få gode råd og tips på veien de første 28 dagene.

I Helsedirektoratets nye minidokumentar «Slutta», følger vi seks ulike personer gjennom de første fire ukene uten røyk. I løpet av seks episoder får vi se hvordan det går - fra dagen de tar sin siste røyk, og gjennom de utfordringene og gledene de møter underveis. Og det er noen!

- Det er sjelden vi får en mulighet til å følge noen som skal slutte så nært, og serien viser at det å slutte å røyke kan by mange utfordrende situasjoner underveis, sier seksjonssjef Bjørn Andreas Bang i Helsedirektoratet.

Hold ut i 28 dager

Minidokumentaren er en del av en ny røykesluttkalender som Helsedirektoratet lanserer for å hjelpe folk som ønsker å slutte. I kalenderen vil du hver dag i 28 dager finne tips, motivasjon og filmer som skal gjøre at det blir lettere å komme seg igjennom den første vanskelige perioden.

- Vi vet ikke ennå hvordan det går med alle som er med i serien til slutt, men vi håper at dette viser at alle kan sette en sluttedato og gjøre et forsøk. Klarer du fire uker uten røyk, er det fem ganger større sjanse for å slutte for godt, sier Bang.

[Slutta – din røykeslutt: Følg Geir, Ann-Helen, Vilde, Kenneth, Benny og Morten \(facebook\)](#)

Støtte i alle kanaler

Det finnes ingen fasit på hvordan man enklest kan slutte å røyke, men det finnes mange ulike måter å få hjelp på. Sjansen for å lykkes kan øke dersom man benytter seg av ett eller flere av de hjelpemidlene som finnes. Slutta tilbyr nå støtte gjennom både app, chat, Facebook, kalender og telefon.

- Appen Slutta og Facebook siden Slutta – din røykeslutt er veldig populære. Vi håper at ennå flere vil motiveres av kalenderen, og ikke minst inspireres av de som er stå sporty og stiller opp i minidokumentaren, sier Bang.

Fakta

Gratis verktøy for de som ønsker å slutte

- **Slutta-appen** kan lastes ned fra AppStore, Google Play og Windows Store. Slutta-appen er en personlig hjelper og motivator for den som skal slutte med røyk eller snus. Appen gir daglige motivasjonsmeldinger, råd og tips og den beregner fra dag til dag hvor mange kroner man sparer på å være tobakksfri.
- **Røyketelefonen** 800 400 85 er åpen fra 9–18 på hverdager. Veilederne ved Røyketelefonen har et tilbud om gratis oppfølging med veiledning over tid for dem som er i en slutteprosess.
- **Chat** med en veileder fra Røyketelefonen på slutta.no Hverdager 10-16
- **Slutta – din røykeslutt på Facebook** er en side for deling av tips og erfaringer med røykeslutt. <https://www.facebook.com/slutta.no>
- Mange frisklivssentraler rundt om i landet tilbyr individuell slutteveiledning eller veiledning i gruppe.
- Fastlegen kan gi råd om røykeslutt og informere om legemidler som kan være en hjelp i slutteprosessen.

For flere tips og råd om røykeslutt, besøk Slutta – din røykeslutt på Facebook eller les mer om røyk- og snusslutt på slutta.no

Referansekode i 'Helserådet': TOB 2016-1. Stikkord: Røykeslutt.

E-sigaretter kan ødelegge celler (forskning.no 30.12.2015)

Menneskeceller fikk store skader da de ble utsatt for e-sigaretter i laboratoriet. Men det skal store mengder til.

Ulla Gjeset Schjøberg, journalist.

Er det bedre med e-sigaretter fremfor vanlig røyk? Det er et spørsmål som skaper hodebry for mange. Men det mangler i alle fall ikke på studier som forsøker å finne frem til svaret. Og forskere **både anbefaler og advarer mot e-sigaretter** (direkte klikkbar lenke).

Nå har forskere fra USA vist at dampen fra e-sigaretter kan skade cellene i kroppen vår. Det kan igjen forårsake kreft.

Selv mener forskerne bak denne studien at e-sigaretter er like farlig som vanlige sigaretter. Men den konklusjonen må tas med en klype salt.

Se hele artikkelen samt en del relatert materiale fra forskning.no ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/royking/2015/12/e-sigaretter-kan-odelegge-celler>.

Referansekode i 'Helserådet': TOB 2016-2. Stikkord: e-sigaretter.

Avliver myte om vektøkning ved røykeslutt *(forskning.no 30.12.2015)*

Mange eks-røykere har erfart hvordan nåla på badevekten stiger så snart den siste sigaretten er slukket. **NTB**.

Men nå viser forskning fra Københavns Universitet at vektøkningen er begrenset, og at røykestoppene egentlig bare sender røykerne tilbake til sin naturlige vekt.

– Røykere veier mindre enn ikke-røykere fordi nikotin minsker appetitten og øker stoffskiftet. Det vil si at røykere har kunstig lav vekt, sier lege Rasmus Køster-Rasmussen.

Sammen med kolleger fra Københavns Universitet og Syddansk Universitet dokumenterer han at eks-røykerne bare kommer opp i den vekten de ville hatt om de aldri hadde røykt.

– Med undersøkelsen får vi nå et nytt verktøy vi kan bruke i røykestoppårdgivingen. Det er nok lettere for folk å akseptere en vektøkning om de får vite at den er naturlig, sier han.

På Stoplinien, som støtter folk som vil slutte å røyke, sier konsulent Maren Svane at frykten for å gå opp i vekt opptar mange røykere, særlig kvinner.

Dette er hele artikkelen fra forskning.no. Du får også tilgang til den og til en del relatert materiale ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/overvekt-royking/2015/12/avliver-myte-om-vektokning-ved-roykeslutt>.

Referansekode i 'Helserådet': TOB 2016-3. Stikkord: Røykeslutt.

Usikkerhet om spredning av resistente bakterier *(forskning.no 14.12.2015)*

Muligheten er der for at antibiotikaresistente bakterier kan spres til befolkningen fra både fjærfekjøtt og levende gris og fjærfe, fastslår en ny forskningsrapport. **NTB**

I konklusjonen fra den såkalte **Vitenskapskomiteen for mattrygghet (VKM)** (direkte klikkbar lenke) heter det at både norske husdyr og norskprodusert mat generelt spiller en ubetydelig rolle for spredning av antibiotikaresistente bakterier til befolkningen.

Unntaket er altså fjærfekjøtt og levende gris og fjærfe, der sannsynligheten for eksponering vurderes som «ikke-neglisjerbar». Det fastslås likevel at det trengs mer kunnskap for å få en klarere vurdering av risikoen for spredning.

- Les mer: **Du møter antibiotikaresistente bakterier overalt** (direkte klikkbar lenke)

Se hele artikkelen fra forskning.no samt en del relatert materiale ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/bakterier/2015/12/usikkerhet-om-spredning-av-resistente-bakterier>.

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016-3. Stikkord: Antibiotikaresistente bakterier.

Spedbarn som vokser fort får lettere diabetes *(forskning.no 14.12.2015)*

Men forskerne forstår ikke sammenhengene.
Ulla Gjeset Schjølberg, journalist

Barn blir i snitt seks kilo tyngre i løpet av sitt første leveår. Men for hvert kilo ekstra barnet legger på seg i denne perioden, øker risikoen for å utvikle diabetes innen ungen har fylt ni år.

Det viser en studie gjennomført med tall fra Den norske mor og barn-undersøkelsen. Forskerne tok for seg barnas vekt, både vekt og høyde, og sammenlignet dette med hvor mange som utviklet diabetes innen de første ni årene. Studien gjelder kun diabetes type 1.

Men hva vektøkningen skyldes eller hvilken sammenheng det har med diabetes, er fortsatt ukjent.

Se hele artikkelen fra forskning.no samt en del relatert materiale ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/2015/12/vektokning-hos-spedbarn-knyttet-til-diabetes>.

Se også artikkelen fra Folkehelseinstituttet nedenfor: **Sammenheng mellom vektøkningen i første leveår og risikoen for type 1-diabetes:** <http://www.fhi.no/artikler/?id=117018>.

Referansekode i 'Helserådet': UNG 2016-1. Stikkord: Spedbarn. Vektøkning. Diabetes.

Fra danske Sundhedsstyrelsen 16.12.2015:

Indsats for overvægtige børn og unge har givet større selvværd og bedre livskvalitet

Det er muligt for børn og unge at ændre livsstil og få styrket livsglæden, viser en tværgående evaluering af satspuljen "Forebyggende indsats for overvægtige børn og unge". Evalueringen bliver præsenteret i dag på en konference for de deltagende kommuner.

Undersøgelsen, som SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd har foretaget for Sundhedsstyrelsen, har evalueret en vægt-stopindsats for børn og unge i ni kommunale projekter. I alle ni projekter har der været fokus på at skabe trivsel, livsglæde og gode sociale relationer hos børnene og ikke udelukkende fokusere på den unges vægt:

"Vi ved, at overvægt kan have mange forskellige årsager. Det kan skyldes uhensigtsmæssige mad- og motionsvaner gennem længere tid. Det kan også skyldes mere dybtliggende problemer i barnets eller familiens liv, som fx mobning, skilsmisse eller andre store belastninger i barnets liv. Derfor er det vigtigt at tænke de ting, der kan spænde ben for trivsel og for et vægttab, med ind i en indsats", siger specialkonsulent Tatjana Hejgaard.

De ni kommuner har siden 2012 arbejdet med børn og unge i 6.–9. klasse. Projekterne har været målrettet de børn og unge, der har haft en begyndende uhensigtsmæssig vægtudvikling.

Projekterne har bestået af individuelle tilbud, gruppetilbud, forskellige events undervejs og et krav om forældredeltagelse gennem hele projektperioden. Evalueringen har vist, at det via de treårige projekter er lykkedes at skabe blivende ændringer for de børn og unge, der var med i projektet. Erfaringerne viser også, at de børn og unge, der har haft svært ved at gennemføre forløbet med gode resultater, har manglet deres forældrenes opbakning og støtte.

De bedste resultater er opnået dér, hvor forældreopbakningen har været størst, siger sundhedsplejerske Annette Poulsen:

"Evalueringen viser, at det er vigtigt at tænke forældrene med i indsatsen og få dem med på at hjælpe deres børn. Selvom den unge er ved at løsrive sig fra sine forældre i teenageårene og mere og mere skal tage ansvar for sine valg, er der mindst lige så meget brug for forældres støtte og opbakning til at træffe valg, også når det gælder om at ændre vaner i forhold til mad og måltider, og til at vælge en idrætsform, der giver glæde ved at bevæge sig og få pulsen op."

Evalueringen viser desuden, at der er stor forskel på, hvilke behov børn og unge med overvægt og deres forældre har, og at de mange forskellige behov skal mødes med en bred vifte af tilbud.

LINK

[Evaluering af satspuljen "Forebyggende indsatser for overvægtige børn"](#)

- [Overvægt](#)
- [Børn og unge](#)
- [Kommuner](#)
- [Puljer og projekter](#)

Kontakt

Annette Poulsen, Sundhedsstyrelsen, 72 22 75 97, anp@sst.dk, [Pressekontakt](#)

Relateret indhold

- [Forebyggende indsats for overvægtige](#)

Referansekode i 'Helserådet': UNG 2016-2. Stikkord: Overvekt.

Nye rapporter 11.12.2015

Foreldreveiledning og tidlig tannundersøkelse kan gi bedre tannhelse hos barn

Undersøkelse av barns tenner i toårsalderen og foreldreveiledning om tannstell kan gi bedre tannhelse hos barn, men dokumentasjonen er mangelfull og av lav kvalitet. Det er konklusjonene i to kunnskapsoversikter fra Kunnskapssenteret.

I den første oversikten undersøkte forskerne studier hvor foreldrene fikk opplæring eller veiledning i kosthold og tannhygiene. Tiltakene varierte mye.

[Rapporten "Effekt av foreldreopplæring for å forebygge karies hos førskolebarn"](#) (direkte klikkbar lenke)

Muligens bedre med opplæring

- Vi fant at barn med foreldre som fikk opplæring og veiledning flere ganger, muligens hadde bedre tannhelse enn barn med foreldre som ikke fikk dette tilbudet, sier seniorforsker og prosjektleder Annhild Mosdøl ved Kunnskapssenteret.

- Vi kan ikke konkludere om noen opplærings- og veiledningsstrategier er mer effektive enn andre, sier hun.

De fleste studiene ble gjennomført i befolkningsgrupper med mye karies blant barna og blant foreldre med særlige oppfølgingsbehov. Det kan være spesielt vanskelig for disse foreldrene å endre atferd og vaner.

Tidlig undersøkelse

I den andre oversikten lette forskerne etter studier som vurderer effekt av tidlig undersøkelse av tenner og munn hos barn. De ønsket å sammenligne effekter av å undersøke tennene allerede i barnets første to leveår, mot å undersøke tennene første gang i alderen 3-5 år.

[Rapporten "Effekter av tidlig tann- og munnundersøkelse hos barn i alderen 0-5 år"](#) (direkte klikkbar lenke)

- Vi fant kun en liten studie som ser på tidspunktet for første tannundersøkelse, sier seniorforsker og prosjektleder Eva Denison ved Kunnskapssenteret.

- Den viser at barn som ble undersøkt første gang i 0-2 års alder jevnt over hadde bedre tannhelse når de ble undersøkt igjen ved 3-5 års alder sammenlignet med barn som ble undersøkt første gang ved 3-5 års alder, fortsetter Denison.

- Men studien har lav kvalitet, og hovedbudskapet vårt er at det er for lite tilgjengelig forskningsbasert kunnskap til at vi kan konkludere om effekten av første tann- og munnundersøkelse ved 0-2 års alder sammenlignet med første tann- og munnundersøkelse ved 3-5 års alder, avslutter Denison.

[Facebook](#)[Twitter](#)[Mail](#)[Print](#)

Les også

- [Effekt av fluorpensling til barn under tre år](#) (direkte klikkbar lenke)

Kontaktpersoner

Annhild Mosdøl
Seniorforsker

Eva Marie-Louise Denison
Seniorforsker

Om oss (direkte klikkbare lenker)

[Om oss](#)

[Pågående prosjekter](#)

[Ledige stillinger](#)

Referansekode i 'Helserådet': UNG 2016-3. Stikkord: Tannhelse. Barns tannhelse.

Nye oppgaver i 2016

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117071> .

Fra 1. januar 2016 innlemmes Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Statens institutt for rusmiddelforskning og sekretariatet for Vitenskapskomiteen for mattrygghet (VKM) i Folkehelseinstituttet. Dette er besluttet av Helse- og omsorgsdepartementet.

Folkehelseinstituttet har fått et utvidet samfunnsoppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet, som gir et helhetlig ansvar for kunnskapsproduksjon og kunnskapsoppsummeringer for hele helsesektoren.

I den sammenheng innlemmes Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) og sekretariatet for Vitenskapskomiteen for mattrygghet (VKM) i instituttet.

Bedre utnyttelse av kompetanse

Dette vil samle fagmiljøene som arbeider innenfor samme eller lignende områder, noe som vil kunne føre til synergier og bedre utnyttelse av faglig kompetanse. Navnet på Nasjonalt folkehelseinstitutt endres til Folkehelseinstituttet. Regjeringen gjennomfører en reform som har som mål å forenkle og effektivisere den sentrale helseforvaltningen. Derfor slås etater og fagmiljøer sammen som arbeider innenfor samme eller lignende områder fra 1. januar 2016.

Fellesbibliotek

Alle relevante bibliotekstjenester i etatene under Helse- og omsorgsdepartementet samles i Folkehelseinstituttet. Bibliotekene fra Folkehelseinstituttet, SIRUS, Statens strålevern, Legemiddelverket, Helsetilsynet og Helsedirektoratet etablerer et fellesbibliotek på Folkehelseinstituttet. Publikumsbiblioteket til SIRUS endrer navn til Rusfagsbiblioteket og har flyttet til Marcus Thranes gate 6. Helsebiblioteket.no følger med Kunnskapssenteret inn i Folkehelseinstituttet.

Nettsider

Fra 1. januar 2016 blir alt nytt stoff fra Kunnskapssenteret og Statens institutt for rusmiddelforskning publisert på fhi.no. Internettssidene til de to institusjonene blir i sin helhet innlemmet i nye nettsider for fhi.no fra våren 2016. Vitenskapskomiteen for mattrygghet (VKM) vil være administrativt underlagt Folkehelseinstituttet. VKM beholder sin faglige uavhengighet, og dermed også sine nettsider.

Lokaler

SIRUS flyttet i november til Sandakerveien 24 C og Marcus Thranes gate 6, der deler av Folkehelseinstituttet holder til. Kunnskapssenteret og sekretariatet for Vitenskapskomiteen for mattrygghet (VKM) i Folkehelseinstituttet har samme adresse som tidligere. Henholdsvis Pilestredet Park 7 og Lovisenberggata 8.

Publisert: 18.12.2015, endret: 18.12.2015, 16:40

Referansekode i 'Helserådet': OLE 2016-2. Stikkord: Folkehelseinstituttet. Helsebiblioteket.

167 dødsfall blant ikke-bosatte i 2014

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=116971> .

I 2014 ble det registrert 167 dødsfall blant turister, gjestearbeidere og andre ikke-bosatte i Norge. Det viser statistikk fra Dødsårsaksregisteret ved Folkehelseinstituttet.

Tallene på dødsfall for 2014 viser at det er en liten økning fra 2013 da 152 dødsfall ble registrert. Dødsfall hos ikke-bosatte anslås å utgjøre cirka 0,4 prosent av alle dødsfall i Norge.

Dødsårsak og dødssted blant ikke-bosatte i 2014

- Det ble registrert i alt 101 dødsfall der sykdom var angitt som dødsårsak. Hjerter- og karsykdommer var underliggende dødsårsak i 59 tilfeller og kreftsykdom i 10.
- Det var 66 dødsfall på grunn en ytre årsak, herunder ulykker, selvmord og drap. Av dødsfallene i denne kategorien var 45 klassifisert som ulykker.
- Tallene viser at 54 døde i helseinstitusjon, 61 utenfor institusjon. Sted er ikke oppgitt for de resterende 52 av dødsfallene.



- At det er en så stor andel døde utenfor helseinstitusjon henger sammen med at det er en høy andel dødsfall som følge av ytre årsaker og av plutselig innsettende sykdom, for eksempel akutt hjertesykdom, sier Christian Lycke Ellingsen, overlege ved Avdeling for helseregistre ved Folkehelseinstituttet.

Det ble gjennomført obduksjon på 65 av de 167 døde (40 prosent). Av disse ble det utført rettsmedisinsk obduksjon på 53.

- Andelen med rettsmedisinsk obduksjon er betydelig høyere enn blant døde som var bosatt i Norge, der andelen var om lag fire prosent. Det skyldes trolig at mange av dødsfallene blant personer som ikke var bosatt ble oppfattet som unaturlige eller uventede, og derfor meldt til politiet, sier Lycke Ellingsen.

Alder og kjønn:

- Av de 167 registrerte døde var det 127 menn og 40 kvinner.
- Gjennomsnittsalder ved død var 54 år, mot 78 år for de som var bosatt i Norge.

- Siden vi ikke kjenner til hvor mange ikke-bosatte som oppholder seg i Norge til enhver tid, og bare i liten grad kjenner til bakgrunnen for at personene var i Norge på dødstidspunktet, er det vanskelig å trekke noen konklusjon om hvorfor det er så mange flere menn enn kvinner blant de døde, sier Lycke Ellingsen.

- Trolig kan noe forklares ved at det er flere menn enn kvinner som er gjestearbeidere i Norge. Det er også vesentlig flere menn enn kvinner som søker asyl i Norge, men asylsøkere utgjør en ganske liten andel av de døde, fortsetter Lycke Ellingsen.

Opprinnelsesland:

- For 57 dødsfall er det ikke oppgitt opprinnelsesland.
- Blant de 110 med kjent opprinnelsesland kommer over halvparten fra Norden og resten av Europa, hovedsaklig Sverige (22 personer), Polen (20 personer) og Tyskland (12 personer).

Dødsårsaksmeldingen har ikke faste felter hvor legen kan angi opprinnelsesland og hvorfor den avdøde oppholdt seg i Norge. For mange av de avdøde er det derfor ufullstendige opplysninger om dette.

Bakgrunn for oppholdet i Norge:

- For 28 døde finnes det opplysninger om årsaken til oppholdet i Norge. Det er oppgitt at 11 personer var arbeidssøkende, ni hadde besøksvisum, åtte var asylsøkere, var asylsøkere, de øvrige var turister og arbeidssøkere.
- For hele 139 av de døde mangler det opplysninger om grunnen til opphold i Norge, men for mange av disse kan man ut fra opprinnelsesland anta at de enten var turister, studenter eller arbeidssøkende.

Dødsfall hos asylsøkere

Det har de senere år vært oppmerksomhet om dødsfall blant asylsøkere, spesielt selvmord. Siden oppholdsstatus ikke er et eget felt i dødsmeldingen, er det ukjent for en stor andel av de avdøde som ikke er bosatte i Norge. Man kan heller ikke alltid bruke opplysninger om opprinnelsesland for å avgjøre om en person er asylsøker eller ikke. Noen ganger, men ikke alltid, kan bostedsadressen gi en indikasjon på om den avdøde bodde på et asylmottak.

Utfra meldingene til Dødsårsaksregisteret er det åtte av de døde som var asylsøkere. Av disse dødsfallene var det ett selvmord og ett drap. Vi må imidlertid anta at det også er noen asylsøkere i gruppen med ukjent oppholdsstatus, avslutter Lycke Ellingsen.

Publisert: 14.12.2015, endret: 15.12.2015, 13:11

Se også: (direkte klikkbar lenke)

- [2015 - Dødsfall i Norge blant ikke-bosatte 2014](#)

Referansekode i 'Helserådet': HST 2016-1. Stikkord: Dødsfall. Ikke-bosatte.

Endringer i Folkehelseinstituttets oppgaver

Helsemessige vurderinger/godkjenninger av vannbehandlingskjemikalier og materialer i kontakt med drikkevann og næringsmidler

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=116841> .

Alle søknader om godkjenning av drikkevannskjemikalier til bruk på land eller offshore, skal nå sendes til Mattilsynet. Les mer om hvilken informasjon som må sendes med søknaden og finn søknadsskjema på Mattilsynets nettsider:

- [Vannbehandlingskjemikalier](#) (Mattilsynet)

Når søknaden er komplett, vil den bli oversendt Folkehelseinstituttet, som utfører helsemessige vurderinger av produktet på vegne av Mattilsynet. Hvis produktet blir funnet egnet til bruk i kontakt med drikkevann, vil Mattilsynet deretter vedta endelig godkjenning.

Det er ikke krav i norsk lovverk om godkjenning av materialer til bruk i kontakt med drikkevann på land eller offshore. Folkehelseinstituttet vil derfor ikke lenger utføre helsemessige vurderinger av slike produkter.

Det er ikke krav i norsk lovverk om godkjenning av vannbehandlingskjemikalier eller materialer til bruk i næringsmiddelproduksjon. Folkehelseinstituttet vil derfor ikke lenger utføre helsemessige vurdering av slike produkter.

Ansvaret for at disse produktene som ikke lenger blir vurdert av Folkehelseinstituttet er trygge, dvs. ikke bidrar med eller avgir kjemiske stoffer til drikkevann eller næringsmidler i mengder som kan være helsefarlige, vil som i dag fortsatt ligge hos produsent/importør av produktene.

Publisert: 03.12.2015, endret: 03.12.2015, 13:39

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2016-1. Drikkevann. Vannbehandling.



Høye nivåer av vitamin A øker ikke risiko for hoftebrudd

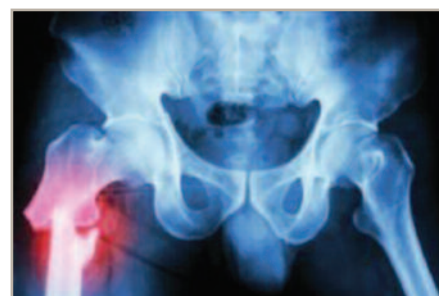
Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117014>.

Norge har verdens høyeste forekomst av hoftebrudd, og forskere har spekulert i om det blant annet skyldes at vi spiser mye mat som inneholder vitamin A. Nå viser en ny studie fra Folkehelseinstituttet at høye nivåer av vitamin A i blodet ikke gir økt risiko for hoftebrudd.

– Vi vet ikke hvorfor våre resultater skiller seg fra tidligere studier. Mellom befolkninger kan det være både genetiske og metabolske forskjeller, samt forskjeller i miljø og livsstil, som vi ikke har klart å ta høyde for i analysene, sier forsker Kristin Holvik ved Folkehelseinstituttet, som er hovedforfatteren bak studien.

I Norge spiser vi mye mat med rikelig innhold av vitamin A, som for eksempel, kjøtt og innmat, ost, smør, margarin og fet fisk.

Tidligere forskning i Sverige og USA har antydnet at høye doser av vitamin A kan skade benvev, og konkludert med at det kan gi økt risiko for hoftebrudd.



Illustrasjonsbilde fra Colourbox.com

Det har i flere studier også blitt spekulert i om vitamin A kan hindre vitamin D i å utøve sin gunstige virkning på kalsiumopptaket i kroppen, fordi de to stoffene konkurrerer om samme reseptor i cellekjernen. På bakgrunn av dette ønsket forskere ved Folkehelseinstituttet også å undersøke om det ville være mer skadelig å ha mye vitamin A, kombinert med lite vitamin D, i kroppen.

Fulgte eldre hjemmeboende opptil 10 år

Forskerne fulgte rundt 22.000 kvinner og menn i aldersgruppen 65-79 år, og så på hvem som fikk et hoftebrudd i løpet av en tiårsperiode. De målte nivået av vitamin A og D i blodet på et utvalg av disse. Studien er det største av sitt slag som er gjort i en befolkning av friske hjemmeboende eldre.

I motsetning til hva forskerne forventet, fant de ingen forhøyet risiko for hoftebrudd hos de som hadde høyere konsentrasjoner av vitamin A i blodet. Dette til tross for at konsentrasjonen av vitamin A i blodet var høy hos deltakerne. Resultatene tydet heller ikke på at høye nivåer av vitamin A hadde noen betydning for den beskyttende virkningen av vitamin D på hoftebrudd.

Andre risikofaktorer

Forskerne fant at de som hadde lavest nivå av vitamin A i blodet, hadde høyere risiko for hoftebrudd sammenliknet med dem med høyere nivå av vitamin A. Denne sammenhengen kunne forklares av at det var andre viktige risikofaktorer blant personene med lave nivåer. De var i hovedsak eldre, hadde lavere kroppsvekt, flere var kvinner, flere var røykere, og flere oppga at de hadde benskjørhet. Når forskerne korrigerste statistisk for andre risikofaktorer var det ikke lenger noen klar sammenheng mellom vitamin A og risiko for hoftebrudd. Forskerne tror derfor ikke at lave nivåer av vitamin A i seg selv var en årsak til at disse fikk brudd, men at det kan være en indikator på et lavere energiinntak eller dårligere helse generelt.

– Svaret på hvorfor vi i Norge er på verdenstoppen i hoftebrudd har vi fremdeles ikke, men vi har en del kunnskap om viktige risikofaktorer som spiller en rolle. Risikofaktorene for hoftebrudd er mange og sammensatte, forklarer Holvik.

Risikofaktorer inkluderer også redusert muskelfunksjon, benskjørhet, arvelighet og overgangsalder.

– Samtidig er det en del viktige livsstilsfaktorer som vi selv kan påvirke, som røykeslutt, fysisk aktivitet og kosthold. Når det gjelder kosthold vet vi at vekttap, lavt energi- og proteininntak, og mangel på vitamin D og kalsium øker risikoen for hoftebrudd, forteller Holvik.

Om studien

Det er forskernettverket [NOREPOS](#) (Norske Epidemiologiske Osteoporosestudier) som står bak studien. Forskerne brukte opplysninger fra fire store regionale helseundersøkelser som ble gjennomført i Norge mellom 1994 og 2001. I alle undersøkelsene ble det avgitt blodprøver som ble frosset ned. Høyde og vekt ble målt, og deltakerne fylte ut en rekke spørreskjemaer.

I årene etter deltakelse i helseundersøkelsene ble det registrert hvem som opplevde å få et hoftebrudd. Dette ble gjort ved å koble til pasientadministrative systemer ved sykehusene i regionene hvor helseundersøkelsene ble gjennomført. For alle hoftebruddspasientene, og for et omtrent like stort tilfeldig utvalg av deltakerne i helseundersøkelsene, tinte de opp blodprøver og analyserte innholdet av vitaminer.

Blant deltakerne var det et betraktelig større antall hoftebrudd enn i tilsvarende studier som er gjort i andre befolkninger. Det gir høy statistisk styrke og dermed ganske presis informasjon om sammenhengen.

Studien er viktig fordi resultatene på sikt vil bidra inn i kunnskapsgrunnlaget for næringsstoffanbefalinger og for mattrygghet. Det er behov for forskning av høy kvalitet i ulike befolkninger for å tilegne oss mer kunnskap om mulige skadeeffekter av både for lave og for høye nivåer av næringsstoffer. Det er også behov for mer forskning om mulige interaksjoner og hvordan næringsstoffer virker sammen på helse.

Studien ble utført som et samarbeid mellom Folkehelseinstituttet, Universitetet i Bergen, Universitetet i Tromsø, Universitetet i Oslo og NTNU.

Referanse

Kristin Holvik, Luai A Ahmed, Siri Forsmo, Clara G Gjesdal, Guri Grimnes, Sven Ove Samuelsen, Berit Schei, Rune Blomhoff, Grethe S Tell and Haakon E Meyer (2015) [No increase in risk of hip fracture at high serum retinol concentrations in community-dwelling older Norwegians: the Norwegian Epidemiologic Osteoporosis Studies](#). Am J Clin Nutr, vol. 102 no. 5 1289-1296. November 2015

Publisert: 16.12.2015, endret: 16.12.2015, 16:33

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2016-2. Stikkord: Vitamin A. Hoftebrudd. Lårhalsbrudd.

Folkehelseinstituttet oppretter miljøbiobank

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117028> .

Folkehelseinstituttet starter nå innsamling av blod- og urinprøver som skal lagres i en stor miljøbiobank. Materialet skal benyttes til forskning og for å følge med på hvor mye miljøfarlige stoffer vi utsettes for. 9000 personer inviteres til å delta i prosjektet.

- Vi har invitert mødre, fedre og barn i Den norske mor og barn-undersøkelsen. Vi håper at minst 3000 av de 9000 inviterte takker ja til å delta, sier Helle Margrete Meltzer, forskningssjef og leder for Human miljøbiobank Norge.

Ved Folkehelseinstituttet vil innsamlede blod- og urinprøver bli lagret i store frysere. Prøvene blir analysert for:

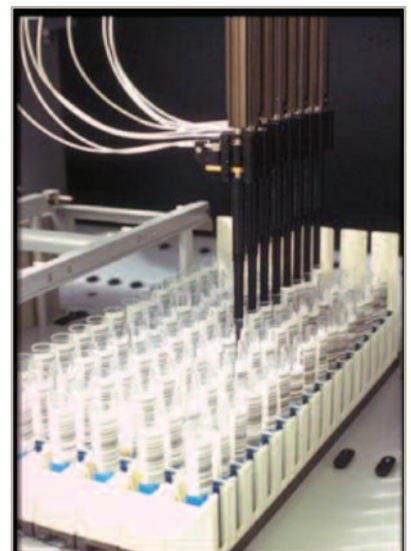
- innholdet av ulike miljøstoffer
- innholdet av vitaminer og mineraler

Til bruk i forskning og helseovervåking

Miljøfarlige kjemikalier regnes som en av de største truslene mot kommende generasjoners helse. Helsemyndighetene kan benytte resultater fra Human miljøbiobank i helseovervåkingen, og Folkehelseinstituttet tror at miljøbiobanken kan bidra til å fange opp helsetrusler på et tidlig tidspunkt.

- Det blir mulig å undersøke hvor store mengder miljøstoffer barn og voksne utsettes for og deretter gjennomføre risikovurderinger. I tillegg kan vi følge med på om kostholdet gir tilstrekkelig mengder vitaminer og mineraler, sier Meltzer. Hun tror at miljøbiobanken vil bli et viktig verktøy både i det nasjonale og internasjonale arbeidet med miljø og helse.

Resultatene vil sammenholdes med resultater fra spørreskjemaene som samles inn i dette prosjektet samt gjennom Mor og barn-undersøkelsen.



Politiske konsekvenser

Folkehelseinstituttet håper at mange av dem som leverer inn prøver, også vil levere inn prøver i framtida. På den måten er det mulig å følge utviklingen over tid.

- Dersom vi finner nivåer som er foruroligende, bør dette følges opp med politiske tiltak, og vi vil på sikt kunne se om tiltak har effekt, sier Meltzer.

Et eksempel på at studier på innsamlede blod- og urinprøver kan gi viktige resultater, er forskning på bly i USA. På slutten av 1970-tallet fant forskere høyt blynivå i innsamlede blodprøver. Funnene kunne knyttes direkte til helseskader hos barn. Dette førte til politiske tiltak for å fase ut bly i bensin. I dag har blynivåene i blod sunket i alle land som har innført blyfri bensin.

Tilsvarende har en rekke av Folkehelseinstituttets studier på bromerte flammehemmere og fluor-forbindelser blitt brukt som grunnlag for at europeiske myndigheter nå regulerer bruken av slike stoffer. Flere av stoffene er under utfasing.

Personvern og databehandling

Data som samles inn til Human miljøbiobank skal utelukkende benyttes til forskning og overvåkning av miljøgifter og næringsstoffer. Forskere ved Folkehelseinstituttet utfører analyser av datamaterialet i samarbeid med forskere ved samarbeidsinstitusjoner. Forskerne får ikke tilgang til personidentifiserende opplysninger, slik som navn og personnummer.

Prosjektet Human miljøbiobank Norge er behandlet og godkjent av Regional etisk komité sør-øst (REK) med saksnummer 2015/1340. Studien har konsesjon fra Datatilsynet (Sak 15/00694-2/GRA).

Gjennom Mor og barn-undersøkelsen har deltakere tidligere samtykket til forskningen som gjennomføres. Innhenting av registerdata fra helseregistre og behandlingsrettede registre, inkludert pasientjournaler, omfattes av dette samtykket.

Publisert: 17.12.2015, endret: 17.12.2015, 11:19

Referansekode i 'Helserådet': MET 2016-1. Stikkord: Miljøbiobank.

Toårig opplæringsstipend i folkehelsemikrobiologi

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117097>.

Det europeiske smittevernssenteret (ECDC) har åpnet rekrutteringsprosessen for kandidater til et toårig opplæringsprogram i folkehelsemikrobiologi, European Public Health Microbiology Training (EUPHEM). Opplæringen starter 12. september 2016. Søknadsfristen er 10. januar 2016.

EUPHEM-programmet, som startet i 2008, er et samarbeid mellom ECDC, det europeiske programmet for intervensjonsepidemiologi (EPIET) og europeiske folkehelselaboratorier.

Målet med opplæringen er å styrke Europas overvåking og kontroll av infeksjonssykdommer gjennom å etablere et europeisk nettverk av folkehelsemikrobiologer og feltepidemiologer for samarbeid i utbruddsetterforskning og smittevernberedskap både nasjonalt og internasjonalt. Målgruppen for denne opplæringen er mikrobiologer eller biologer med mikrobiologisk erfaring og med folkehelseinteresse. Aktuelle kandidater vil følge opplæringen ved ulike folkehelselaboratorier i Europa.

Opplæringen vektlegger utbruddsetterforskning, infeksjonsovervåking og anvendt forskning. Stipendiatene vil delta i et treukers innføringskurs før de sendes til et av de europeiske smitteverninstituttene (utenfor eget hjemland) for den toårige opplæringen. I løpet av opplæringsperioden er det flere ukelange kursmoduler organisert i ulike europeiske vertsland.

Personer som vurderer å søke, kan ha nytte av å snakke med EUPHEM-programmets norske kontaktperson, Ingeborg Aaberge ved Avdeling for bakteriologi og infeksjonsimmunologi på tlf. 21 07 66 59, EPIET-programmets norske kontaktperson, Katrine Borgen ved Avdeling for infeksjonsovervåking på tlf. 21 07 66 43 eller nåværende EUPHEM kandidat ved Folkehelseinstituttet Umaer Naseer tlf. 21 07 63 88.

Søknadsfristen er **10. januar 2016**.

Mer informasjon og utlysningstekst finnes på ECDCs nettsider:

- [EPIET og EUPHEM-programmets nettsider](#)
- [Utllysningstekst EUPHEM-stipendiat](#)

Publisert: 22.12.2015, endret: 22.12.2015, 09:50

Referansekode i 'Helserådet': MET 2016-2. Stikkord: Folkehelsemikrobiologi.

Toårig opplæringsstipend i intervensjonsepidemiologi

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117094> .

Det europeiske smittevernssenteret (ECDC) har åpnet rekrutteringsprosessen for stipendiater til European Programme for Intervention Epidemiology Training (EPIET) med oppstart 12. september 2016. Søknadsfristen er 10. januar 2016.

Målet med opplæringen er å dyktiggjøre kandidatene for tjeneste i stillinger i infeksjonsepidemiologi og smittevern i Europa. Opplæringen vektlegger utbruddsetterforskning, sykdomsovervåking, anvendt forskning og kommunikasjon med beslutningstakere, massemediene, publikum og vitenskapelige miljøer. Stipendiaterne vil delta i et treukers innføringskurs før de sendes til et av de europeiske smitteverninstituttene (utenfor eget hjemland) for den toårige opplæringen. I løpet av opplæringsperioden er det flere ukelange kursmoduler organisert i ulike europeiske vertsland.

Personer som vurderer å søke, kan ha nytte av å snakke med programmets norske kontaktperson Katrine Borgen eller med nåværende EPIET-kandidater ved Folkehelseinstituttet Hintta Meijerink og Lamprini Veneti. Kontakt da Folkehelseinstituttets Avdeling for infeksjonsovervåking på telefon: 21 07 66 43.

Søknadsfristen er **10. januar 2016**.

Utlysningsteksten og mer informasjon finnes på ECDCs nettsider:

- [EPIET og EUPHEM-programmets nettsider](#)
- [Utlysningstekst EPIET-stipendiat](#)

Publisert: 22.12.2015, endret: 22.12.2015, 09:53

Referansekode i 'Helserådet': MET 2016-3. Stikkord: Intervensjonsepidemiologi.

Skadedyrdagene 2016

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117038> .

Skadedyrbedriftenes bransjeorganisasjon (SKABRA) arrangerer skadedyrdager den 9. og 10. mars. Hovedtemaene for Skadedyrdagene 2016 er ny forskning på bekjempelse av veggedyr og giftfrie metoder ved bekjempelse av gnagere. Påmeldingsfristen er 31. januar.

Foredragene retter seg mot skadedyrbransjen, fagmyndigheter, tilsynsmyndigheter, forsikringsbransjen og takstmenn.

- [Program/påmeldingsskjema Skadedyrdagene 2016 \(pdf\)](#)

Les mer på SKABRA sine hjemmesider:

- [Skadedyrbedriftenes bransjeorganisasjon \(SKABRA\)](#)

Publisert: 17.12.2015, endret: 17.12.2015, 17:02

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2016-3. Stikkord: Skadedyr.



Rottefeller (foto: Arnulf Soleng, FHI).

Nye merknader til Skadedyrforskriften

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117007> .

Merknadene til Forskrift om skadedyrbekjempelse er endret. De reviderte merknadene åpner opp for at Folkehelseinstituttet i særskilte tilfeller kan forlenge en skadedyrbekjempers godkjenning i inntil ett år.

Særskilte tilfeller vil kunne være forhold ved den enkelte skadedyrbekjemper, som sykdom dokumentert med legeattest, dødsfall i nær familie og lignende tilfeller. Slike særskilte tilfeller vil også kunne omfatte forhold ved Folkehelseinstituttets kurstilbud. For eksempel åpnes det for muligheten til å forlenge en godkjenning på grunn av for få påmeldte til fornyingskursene, slik at de det gjelder kan få forlengelse et ekstra år, og samles opp til kurs annethvert år.

Les de reviderte merknadene i sin helhet her:

- [Merknader til bestemmelsene i Forskrift om skadedyrbekjempelse](#)

Mer informasjon om hvilke krav som stilles for å få godkjenning som skadedyrbekjemper:

- [Krav for å bli godkjent skadedyrbekjemper](#)

Publisert: 15.12.2015, endret: 15.12.2015, 15:27

Avdeling for skadedyrkontroll

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2016-4. Stikkord: Skadedyrforskriften.

Verdens osteoporosedag 20. oktober 2015

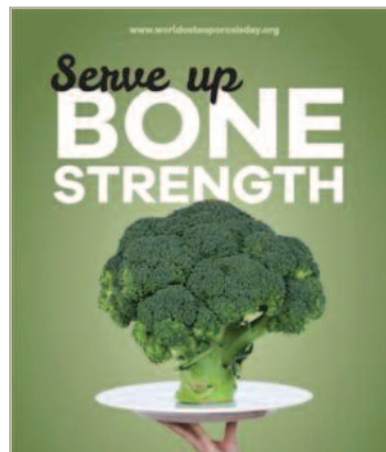
Sterke bein hele livet

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=116304> .

I Norge er osteoporose eller beinskjørhet et stort problem. Vi er på verdenstoppen med antall hoftebrudd pr år. Årets tema på Verdens osteoporosedag 20. oktober, er kosthold som kan forebygge beinskjørhet. Her får du rådene.

Forebygging gjennom livsløpet: «Sterke bein gjennom livet»

Skjelettet bygges opp og brytes ned kontinuerlig gjennom livet, og denne omsetningen påvirkes av ytre faktorer som næringsstoffer fra maten. Skjelettets maksimale benmasse oppnås i ung voksen alder.



- Genene våre bestemmer mye av hvordan benmassen blir, men for barn og unge er det viktig å sørge for nok energi og byggestoffer (protein og mineraler) for at vi skal få så bra benmasse som mulig. For voksne er hovedfokus å vedlikeholde skjelettet og bremse for tidlig bentap. For de eldste er det viktig å bevare bevegelighet og uavhengighet, sier forsker Kristin Holvik ved Folkehelseinstituttet

Kalsium, vitamin D og proteiner

De viktigste næringsstoffene er protein og energi, kalsium og vitamin D.

- **Protein** er en viktig bestanddel i skjelettet men brukes også til å produsere energi.
- Å få i deg **nok energi** er viktig for å bevare kroppen i en slik tilstand at skjelettet vedlikeholdes, og for at protein kan benyttes til byggestoff i stedet for å brytes ned. God ernæringsstatus (muskel- og fettmasse) beskytter også mot fall og brudd.
- **Kalsium** er en viktig byggestein som bidrar til skjelettets harde og motstandsdyktige struktur, samtidig som det er et livsnødvendig mineral. Skjelettet er den store lagerplassen for kalsium.
- **Vitamin D** stimulerer til økt opptak av kalsium fra maten, og bidrar til at mengden av kalsium i kroppen opprettholdes slik at skjelettet kan mineraliseres. Dessuten kan mangel på vitamin D gi redusert muskelstyrke og økt risiko for fall.

Melk og meieriprodukter er den klart beste kilden til **kalsium** i norsk kosthold. Mørkegrønne grønnsaker som brokkoli inneholder også kalsium, men i så små mengder at man må spise ganske store mengder for å få nok.

Gode kilder til **vitamin D** er fete fiskeslag (makrell, sild, laks, ørret, kveite), og matvarer med tilsatt vitamin D (margarin og enkelte typer melk), tran og andre kosttilskudd.

Proteinrik mat er:

Fra dyreriket: Kjøtt, fisk, kylling, egg, melk og meieriprodukter.

Fra planteriket: Belgvekster som linser, bønner, erter.

- [Helsedirektoratets kostholds anbefalinger til befolkningen](#)

Fakta om osteoporose

Osteoporose (benskjørhet) er en tilstand med lav benmineraltetthet og endringer i skjelettet som gir økt risiko for brudd. Det er ingen symptomer på osteoporose før man får et brudd. De vanligste bruddene er i hofte, ryggrad og håndledd. Hoftebruddene er de mest alvorlige, som medfører høy sykkelighet og dødelighet. Norge er på verdenstoppen i forekomst av hoftebrudd.

Forskning ved Folkehelseinstituttet viser at det skjer omkring 9 000 hoftebrudd per år i Norge, 70 % av disse er blant kvinner. Aldersspesifikk forekomst er nedadgående, men på grunn av det økende antallet eldre i befolkningen har antallet hoftebrudd vært stabilt over tid.

- [Hip fractures in Norway 1999-2008: time trends in total incidence and second hip fracture rates: a NOREPOS study](#) (PubMed)

- Vi mangler landsdekkende tall for andre typer brudd enn hoftebrudd. Undersøkelser fra Tromsø og Oslo tyder på at om lag én av fem personer over 70 år har et sammenfallsbrudd i ryggraden, mens det blant voksne skjer om lag 14 000 håndleddsbrudd i året, sier forsker Kristin Holvik ved Folkehelseinstituttet.

Osteoporose har tradisjonelt blitt sett på som en sykdom for «gamle damer», og den har også blitt betraktet som en uunngåelig konsekvens av aldring. Forekomsten av osteoporose er høyere hos kvinner enn menn og øker sterkt med økende alder. Sykdommen kan imidlertid ramme både kvinner og menn, og en del rammes relativt tidlig i livet.

Mer om forskningsaktivitet ved Folkehelseinstituttet

Takket være forskning ved Folkehelseinstituttet har vi stor kunnskap om forekomst av hoftebrudd og dødelighet etter hoftebrudd i Norge. Vi vet at det er store geografiske forskjeller, og at det har vært endringer over tid.

Vi har også studert betydningen av risikofaktorer som bl.a. kroppssammensetning, konsentrasjoner av enkelte vitaminer i blodet, og drikkevannskvalitet.

Dette har vi oppnådd ved å samle inn alle hoftebrudddiagnoser fra norske sykehus i perioden 1994-2013 og koblet dem til helseundersøkelser og helseregistre. Vi leter etter svaret på hvorfor Norge er på verdenstoppen i forekomst av hoftebrudd.

Les mer om:

- [Tema: Beinskjørhet og brudd](#)
- [Forskning på osteoporose ved Folkehelseinstituttet](#)
- [Verdens osteoporosedag](#)

Publisert: 16.10.2015, endret: 20.10.2015, 12:38

Referansekode i 'Helserådet': SKA2016-1. Stikkord: Osteoporose.

Oppdatert 11.12.15

Yrkesvaksinasjon for ansatte ved asylmottak

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=116934>.

Folkehelseinstituttet mottar flere spørsmål om behov for vaksinasjon av ansatte ved mottakssentre og asylmottak. Generelt gjelder de samme anbefalingene som for den øvrige befolkningen. Utover dette skal risiko for smitte vurderes av arbeidsgiver.

Generelt anbefales det at alle som jobber ved asylmottak er beskyttet mot:

- Difteri, stivkrampe, kikhoste og polio (DTP-IPV-vaksine). Oppfriskning av DTP-IPV-vaksine bør tilbys når det har gått mer enn 10 år siden sist.
- Meslinger, kusma og røde hunder (MMR-vaksine). Personer som ikke vet at de er vaksinert mot, eller har gjennomgått sykdommene, bør få tilbud om MMR-vaksine.

I noen tilfeller kan det være aktuelt med andre vaksiner. Under følger en liste over de mest aktuelle vaksiner som bør tilbys avhengig av lokale vurderinger:

- Hepatitt A vaksine - hvis ansatte spiser mat tilberedt av personer som kan ha akutt hepatitt A. Hepatitt A vaksine er også aktuelt for personer som arbeider med renhold som inkluderer renhold av kjøkken, toaletter eller annen kontakt med kontaminert mat og vann.
- Hepatitt B vaksine - hvis blodkontakt med mulig smitteførende personer eller hvor stikk av brukte sprøytespisser kan forekomme.
- Influensavaksine anbefales til helsepersonell med pasientkontakt. Dette gjelder også helsepersonell som arbeider i mottak. Det enkelte mottak og kommune står imidlertid fritt til å tilby vaksine også til personer utenfor de anbefalte gruppene, så som andre ansatte (for å opprettholde tilstrekkelig bemanning).
- BCG vaksine - kan i enkelte tilfeller være aktuelt for uvaksinerte arbeidstakere under 35 år som har nærkontakt med mulige smittebærere i 3 mnd eller mer. Det er generelt liten risiko for å smittes med tuberkulose. Bare opphold på åtte timer eller mer i taleavstand til en person med lungetuberkulose vurderes som smitteeksponering. Få asylsøkere har tuberkulose. Undersøkelse med tanke på mulig tuberkulose hos asylsøkere er lovpålagt innen 14 dager etter ankomst, og gjøres vanligvis i transittmottak. Det er derfor ingen grunn til å tilby BCG vaksine til arbeidstakere som ikke har tett kontakt over lengre tid med mulig tuberkulosesyke personer. I Norge har alle født før ca. 1995 fått tilbud om BCG-vaksine i barnevaksinasjonsprogrammet. Revaksinasjon av tidligere vaksinerte med BCG-vaksine er ikke nødvendig.



Det har lenge vært leveringsproblemer på BCG-vaksine og ulike kombinasjonsvaksiner mot kikhoste, og det er nå mangel på disse vaksiner i så godt som alle land i Europa. Ved mangel på vaksiner vil barnevaksinasjonsprogrammet bli prioritert.

Folkehelseinstituttet legger fortløpende ut meldinger når det er endringer i leverings-situasjonen for vaksiner. Vi informerer om når vi går tom for en vaksine, og når vi får vaksinen på lager igjen. Meldingene vil inneholde informasjon om eventuell alternativ vaksine, prioritering av tilgjengelige doser, forventet leveringstidspunkt, om vaksinen blir restnotert hos Folkehelseinstituttet samt annen relevant informasjon. Meldingene blir publisert her: (lenkene nedenfor er direkte klikkbare)

- [Vaksinedistribusjon fra Folkehelseinstituttet](#)

Mer informasjon:

- [Nettbasert veileder om vaksinasjon : Kap 1.10.2 Vaksinasjon av visse yrkesgrupper](#)
- [Forskrift om utførelse av arbeid, bruk av arbeidsutstyr og tilhørende tekniske krav \(Lovdata\)](#)

Publisert: 11.12.2015, endret: 11.12.2015, 09:18

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016-1. Stikkord: Yrkesvaksinasjon. Asylmottak.

Boostrix Polio kun tilgjengelig til barnevaksinasjonsprogrammet

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=116951> .

Det er mangel på ulike kombinasjonsvaksiner mot kikhoste i så godt som hele Europa. Ved mangel på vaksiner i Norge blir barnevaksinasjonsprogrammet prioritert. Folkehelseinstituttet er nå tom for dtp-IPV oppfriskningsvaksinen Boostrix Polio til voksne, men har nok vaksiner til å dekke barnevaksinasjonsprogrammet (10. klasse).

Boostrix Polio til voksne blir tilgjengelig tidligst i april 2016. Vi forventer at alternativ dtp-IPV oppfriskningsvaksine (Repevax) blir tilgjengelig i januar 2016.

Hvis dtp-IPV oppfriskningsvaksinasjon ikke kan utsettes anbefales vaksinene diTeBooster (difteri/stivkrampe) og Imovax Polio (poliomyelitt). Leveringssituasjonen for Imovax Polio er usikker. Anbefalingen om diTeBooster ved mangel på Boostrix Polio/Repevax gjelder også når grunnvaksinerte større barn og voksne har sårskadet med indikasjon for tetanusvaksiner.

Siden det er såpass lenge til Boostrix Polio blir tilgjengelig kan behovet for vaksiner hos den enkelte vaksinator bortfalle, og Folkehelseinstituttet restnoterer ikke bestillinger. Rekvirenter må følge med på våre hjemmesider og bestille Boostrix Polio når den blir tilgjengelig. Bestillinger på Repevax vil bli restnotert.

[Nyheter og meldinger fra vaksineforsyningen](#)

Publisert: 11.12.2015, endret: 11.12.2015, 15:22

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016-2. Stikkord: Poliovaksine. Boostrix Polio.

Revidert artikkel:

Zikafeber - gravide bør beskytte seg mot myggstikk ved reise

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

Flere land i Sør-Amerika rapporterer nå om tilfeller og utbrudd av Zikafeber samtidig som en observerer en fortsatt økning av fosterskaden mikrocefali i flere delstater i Brasil. Det anbefales at gravide rådfører seg med legen sin før reise til utbruddsområder, er spesielt nøye med myggbeskyttelse ved eventuell reise og informerer sin lege eller jordmor ved hjemkomst, uavhengig av om man har vært syk.

Zikafeber forårsakes av et virus som overføres med mygg, og symptomene er vanligvis milde. Mikrocefali er en neurologisk tilstand hos nyfødte som innebærer at hodeskallen er liten, som regel som resultat av at hjernen har utviklet seg unormalt i fosterlivet. Tilstanden kan føre til utviklingsforstyrrelser hos barnet.

- Selv om det foreløpig ikke er funnet en sikker sammenheng mellom gjennomgått zikafeber og fosterskader, anbefales det at gravide som planlegger reise til områder med pågående utbrudd rådfører seg med legen sin før reisen.



- Ved eventuell reise til utbruddsområde bør den gravide være spesielt nøye med myggbeskyttelse.
- Etter hjemkomst fra et område med zikafeberutbrudd bør den gravide informere sin lege eller jordmor om oppholdet.

Utbruddsområder

Utbruddsområder for zikafeber per desember 2015 er:

- Brasil
- Colombia
- El Salvador
- Surinam
- Samoa (Oseania)
- Kapp Verde (Vest-Afrika)

I tillegg er det meldt enkelte spredte tilfeller av zikafeber i Guatemala, Mexico, Panama, Paraguay og Venezuela, men foreløpig anses ikke disse landene for utbruddsområder.

Reiseråd

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

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

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

Råd til helsepersonell ved oppfølging etter hjemkomst

Det anbefales at gravide som har oppholdt seg i områder med zikafeberutbrudd, følges opp av helsetjenesten etter hjemkomsten, uavhengig om den gravide har hatt symptomer på zikafeber eller ikke. Det er aktuelt å ta en blodprøve for å teste for viruset.

Erfaringer fra Brasil tyder på at asymptomatiske infeksjoner er svært vanlig, og at en mulig sammenheng med utvikling av mikrocefali ikke er avhengig av om den gravide har hatt symptomer på zikafeber.

Testing for zikafeber kan foreløpig ikke utføres i Norge, men utføres ved Folkhälsomyndigheten (tidligere Smittekyddsinstitutet) i Sverige. Diagnosen stilles ved nukleinsyreamplifiseringstester (PCR) eller antistoffpåvisning (IgM) i serum i løpet av de første 5-7 dagene etter feberdebut. IgG kan påvises etter ca. en uke. Det anbefales å ta kontakt med det svenske laboratoriet før man eventuelt sender prøver. Telefonnummer er + 46 10 205 20 00. Adresse: Folkhälsomyndigheten, 171 82 Solna.

Ved positivt prøvesvar, vil den gravide følges opp av spesialisenter for fosterdiagnostikk.

Mer om zikafeber

Zikafeber er en sykdom forårsaket av zikavirus som overføres med mygg og forekommer i Asia, Afrika og Oseania og siden 2014 også i Sør-Amerika.

Tiden fra smitte til utbrudd av sykdommen (inkubasjonstiden) er vanligvis 3-12 dager.

Symptomene er vanligvis milde og varer 2-7 dager med feber, øyebetennelse, leddsmerter og utslett.

Noen kan utvikle neurologiske og autoimmune komplikasjoner som Guillain-Barré syndrom.

Symptomene kan være vanskelig å skille fra andre myggoverførte sykdommer som denguefeber og chikungunyafeber.

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

Det europeiske smittevernsenteret (ECDC) har publisert risikovurderinger om Zikafeber-situasjonen og om en mulig sammenheng mellom fosterskader og Zikafeber:

- [Zika virus epidemic in the Americas: potential association with microcephaly and Guillain-Barré syndrome](#) (ECDC, 10.12.2015)
- [Epidemiological update: Evolution of the Zika virus global outbreaks and complications potentially linked to the Zika virus outbreaks](#) (ECDC 4. 12.2015)

Les mer om sykdommen:

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

Antitoksin mot miltbrann tilgjengelig fra Folkehelseinstituttet

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117069> .

Det er nødvendig med høy beredskap mot sykdommen miltbrann (anthrax) siden anthrax-bakterien har potensiale som biologisk stridsmiddel og har vært brukt av terrorister i moderne tid. Folkehelseinstituttet har opprettet et lite beredskapslager av antitoksin-preparatet Raxibacumab.

Miltbrann er nå svært sjelden i den utviklede del av verden, men forekommer sporadisk hos stoffmisbrukere, og det er nødvendig med høy beredskap ettersom anthrax-bakterien (*Bacillus anthracis*) har vært brukt av terrorister i moderne tid. Bakterien danner sporer, som kan overleve i mange tiår i omgivelsene, i jord, eller i pulverform.

Hos eksponerte mennesker er det viktig med tidlig diagnose og behandling med antibiotika. Til tross for dette er mortaliteten svært høy (inhalasjonsanthrax 45 %, gastrointestinal anthrax 40 %, injeksjonsanthrax 28 % og hudanthrax <2 %). Etter at sporene er kommet inn i kroppen, skjer germinering tidlig, og bakterien starter i løpet av få timer å produsere toksinene ET (edema toxin) og LT (lethal toxin). I behandlingen må man ta hensyn til at pasienten samtidig bærer på inerte sporer og levende, toksinproduserende bakterier. Folkehelseinstituttet har i 2015 opprettet et lite beredskapslager av et antitoksin-preparat, Raxibacumab, som i dyreforsøk har vist å kunne redusere mortaliteten ved systemisk miltbrann. Det er et rekombinant humanisert IgG1-monoklonalt antistoff, som har vist god sikkerhetsprofil hos 333 voksne frivillige. Den FDA-godkjente indikasjonen er:

- I kombinasjon med adekvat antibiotikabehandling: behandling av barn og voksne pasienter med inhalasjonsanthrax forårsaket av *Bacillus anthracis*
- Profylakse av inhalasjonsanthrax når alternativ behandling ikke er tilgjengelig eller mulig

Amerikanske eksperter mener at dette preparatet har en plass i behandlingen av systemisk miltbrann, men det finnes ennå ingen konsensus når det gjelder det optimale tidsintervallet for behandling. Den sammenfattende vurderingen er likevel at mortaliteten ved systemisk miltbrann er så høy at nytteverdien ved å bruke antitoksin-terapi i tillegg til antibiotika klart overveier den potensielle risikoen.

Folkehelseinstituttet har beredskapslager av miltbrann antitoksin. Indikasjon for bruk og utlevering avtales med beredskapsvaktende lege ved FHI (tlf: 952 14 993).

Publisert: 18.12.2015, endret: 18.12.2015, 12:49

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016-5. Stikkord: Anthrax. Miltbrann.

Studenter, kuma og juleferie

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117087> .

Folkehelseinstituttet ber leger være oppmerksomme på kusmasymptomer hos studenter som blir syke mens de er hjemme på juleferie. Kusmautbruddet blant studenter, spesielt i Trondheim, pågår fortsatt.

Det har denne høsten vært et stort kusmautbrudd blant studenter. Antallet har vært størst i Trondheim, men det er også noen sporadiske tilfeller andre steder i landet. Utbruddet pågår fortsatt, og per 21. desember 2015 er det rapportert om 153 tilfeller til Folkehelseinstituttets meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS). I 2014 ble det totalt meldt om 18 tilfeller.

Smittevernlegen i Trondheim rapporterer at de etter en nedgang i kusmatilfeller de siste ukene, igjen har registrert en tydelig økning i uke 51.

De fleste studenter reiser nå hjem på juleferie. Folkehelseinstituttet ønsker å minne om at kuma kan være en mulig diagnose dersom studenter i løpet av juleferien får feber og hevelse i spyttkjertlene. Dette gjelder også nærkontakter.

- Kusmaviruset smitter ved dråpesmitte, eller direkte ved kontakt med spytt.
- Tid fra smitte til de første symptomene oppstår (inkubasjonstiden) er mellom 2 til 3 uker.
- Pasienten er smittsom i cirka en uke før det oppstår hevelse i spyttkjertlene, og i en uke etter at hevelsen har startet.

Så langt i dette utbruddet vet vi at over 70 prosent av de syke har vært vaksinert med to doser MMR-vaksine, som er en kombinasjons-

vaksine mot blant annet kusma. Det å være fullvaksinert beskytter altså ikke alle, men det ser ut til at vaksinen gir et mildere sykdomsforløp dersom man er vaksinert.

Anbefalinger for prøvetaking ved mistenkt kusma

Det er viktig å få tatt prøver hvis man mistenker kusma, og det bør tas både spytt- og serumprøve for å få best mulighet til å påvise viruset, enten direkte viruspåvisning ved PCR-metoden eller ved å påvise antistoffer mot viruset.

Hos vaksinerte er det spyttprøve som er viktigst for å stille diagnosen. Denne bør tas så tidlig som mulig for å øke sjansen for å påvise viruset. Jo tidligere prøven tas, jo bedre er sensitiviteten. For spyttprøver som er tatt i første sykdomsuke, er sensitiviteten for PCR nærmere 80 prosent. Senere i forløpet er sensitiviteten betraktelig lavere.

Selv om parotittvirus (kusmavirus) ikke er påvist ved PCR-prøve, er altså ikke kusma utelukket, spesielt ikke hvis spyttprøven er tatt sent i forløpet.

PCR-diagnostikk av parotittvirus utføres i dag bare ved St. Olavs Hospital i Trondheim, Haukeland universitetssjukehus i Bergen og Folkehelseinstituttet i Oslo. Alle lokale laboratorier har ordninger for videresending av prøver.

Prøvetaking og forsendelse av spyttprøve

Spyttprøver skal helst tas på eget glass med en Oracol munnpensel eller alternativt tas med penselprøve som brukes til å suge opp munnsekret og sendes på virus transportmedium. Prøven skal tas fra bakre svelgvegg og tonsiller samt prøve fra munnslimhinnen på innsiden av begge kinn og under tungen med samme prøvepinne.

Hvis det ikke er mulig å få tak i Oracol prøvetakingsutstyr, kan det sendes spytt i et sterilt glass.

Lokale mikrobiologiske laboratorier, eventuelt barneavdelinger og infeksjonsavdelinger ved sykehus, har tilgjengelig utstyr og kan bistå med råd om prøvetaking.

Oracol munnpensel fås ved henvendelse til virologisk avdeling ved Folkehelseinstituttet som kan kontaktes på telefonnummer **21 07 67 51**. Ta telefonisk kontakt på samme telefonnummer i romjulen hvis prøven skal sendes til Folkehelseinstituttet og det er avgjørende å få stilt diagnosen raskt, for eksempel ved alvorlig sykdom.

Prøven oppbevares i kjøleskap til den sendes til mikrobiologisk laboratorium. Prøver som tas på ettermiddagen 30. desember bør settes i kjøleskap og sendes 4. januar, etter nyttårshelgen, hvis ikke annen avtale gjøres med det aktuelle laboratoriet. Rekvireringen skal utfylles med kliniske opplysninger, der det anføres symptomer og eventuell tilknytning til kjent kusmatilfelle. Under agenspåvisning skal det avkrysses for parotittvirus.

- [Informasjon om prøvetaking og forsendelse for mikrobiologiske undersøkelser](#)

Tiltak ved utbrudd

Følgende tiltak anbefales ved utbrudd av kusma. Utbrudd vil si at det er flere tilfeller enn vanlig.

1) Grunnleggende smitteverntiltak

Kusmaviruset smitter via nærdråpesmitte og deling av spytt. Under et utbrudd som nå er det viktig at alle som kan bli berørt, vasker hendene ofte. Praktiser god hostehygiene og ikke del glass, flasker eller spisebestikk med andre. Ved utvikling av symptomer på sykdom, se punkt 3.

2) Oppvaksinering av uvaksinerte og ufullstendig vaksinerte

Personer som mangler én eller begge doser med MMR-vaksine, eller som ikke har gjennomgått kusma, anbefales å la seg oppvaksinere. Personer som er usikre på hvilke vaksiner de har fått tidligere, kan finne sin vaksinasjonsstatus på nettstedet [Mine vaksiner](#) som er fullstendig for personer født fra og med 1996. Innlogging skjer ved hjelp av bank-ID. Alternativt må man finne vaksinasjonskort fra helsestasjon eller skolehelsetjeneste.

3) Ved symptomer på kusma

Personer som har vært i nær kontakt med kusmasyke og selv utvikler symptomer som kan ligne på kusma (feber, hevelse i ansiktet, smerter), anbefales å ta kontakt med lege umiddelbart for undersøkelse og diagnose. Hvis legen også mistenker kusma, bør det tas prøver. Den syke anbefales å holde seg hjemme inntil prøvesvaret avkrefter diagnosen, eller inntil fem dager etter symptomstart.

4) Nærkontakter til syke personer

Det er ikke godt undersøkt hvilken effekt det har å gi en tredje vaksinedose til tidligere fullvaksinerte personer. Det kan likevel vurderes å tilby en tredje dose til nærkontakter av kusmasyke personer. Som nærkontakt regnes *husstandsmedlemmer, partnere, medlemmer av en kollokviegruppe* eller tilsvarende som har hatt *tett kontakt* med den syke i den smitteførende perioden. Vaksinasjon med en tredje vaksinedose utover disse gruppene anbefales ikke på generelt grunnlag. Dersom et slikt tiltak likevel vurderes i spesielle tilfeller, bør det gjøres i samråd med Folkehelseinstituttet.

Det er viktig å være klar over at vaksinen vil ha liten eller ingen effekt hvis man allerede er smittet. Personer som med sikkerhet tidligere har hatt kusma, er immune og har ikke behov for vaksine.

Meldings- og varslingsplikt

Bekreftede tilfeller av kusma skal meldes til MSIS, dette gjelder også tilfeller som ikke er laboratoriebekreftet, men som har typiske symptomer, og som har hatt kjent nærkontakt med bekreftede tilfeller. Ved manglende laboratoriebekreftelse er det viktig å notere på MSIS-skjemaet at pasienten har vært i kontakt med bekreftede tilfeller.

Enkelttilfeller av kusma trenger ikke varsles per telefon, men utbrudd (flere tilfeller som er knyttet til hverandre) av kusma skal varsles til Folkehelseinstituttet via telefon eller utbruddsvarslingssystemet Vesuv.

Publisert: 21.12.2015, endret: 22.12.2015, 09:34

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016 – 6. Stikkord: Kusma.

MoBas fagråd diskuterte framtiden

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=116920> .

Fagrådet hadde heldagsmøte 8. desember der de blant annet diskuterte mulige nye satsningsområder og forskningsspørsmål i MoBa.

Diskusjonen dreide seg om forskningsmuligheter innenfor et bredt spekter av fagfelter, blant annet: Kosthold, legemiddelbruk, psykisk helse, kroniske sykdommer, rettsmedisin og smittevern/influenza.



Publisert: 10.12.2015, endret: 10.12.2015, 13:53

Referansekode i 'Helserådet': UNG 2016-4. Stikkord: MoBa. Mor Barn undersøkelsen.

Sammenheng mellom vektøkningen i første leveår og risikoen for type 1-diabetes

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117018> .

Risikoen for type 1-diabetes ser ut til å være noe høyere blant barn som øker mye i vekt det første leveåret, viser en ny norsk-dansk studie fra Folkehelseinstituttet. Risikoøkningen er likevel på et lavt nivå, og de fleste barn som legger raskt på seg, får ikke diabetes.

– Vi fant en 20 prosent økning i risiko for hver kilo høyere vektøkning, men risikoen for å få type 1-diabetes er allerede relativt lav, sier en av hovedforfatterne av studien, Lars Christian Stene.



Illustrasjonsfoto: Colourbox.com

Norske og danske forskere har studert vektøkningen hos nesten 100 000 barn i de norske og danske mor og barn-undersøkelsene. Cirka en halv prosent av barn utvikler type 1-diabetes. Selv om forekomsten er ganske lav er type 1-diabetes en av de mest utbredte kroniske sykdommene blant barn.

Forskere vet at gener spiller en viktig rolle for utviklingen av sykdommen, men de vet mindre om hvilke miljøfaktorer som er viktige.

– Sammenhengen mellom vektøkning og type 1-diabetes har først og fremst betydning for forskere, for å forstå mulige risikofaktorer for type 1-diabetes, sier Stene.

Høy vektøkning er en risikofaktor

Det er viktig at barn legger på seg det første leveåret. Denne studien fant at barn legger på seg i snitt 6 kg det første året, med en del variasjon.

– Vi må huske at det er mange barn som legger på seg mer enn 6 kg det første året, men de aller fleste får likevel ikke type 1-diabetes. Derfor er det ingen grunn for mødre eller helsesøstre å bekymre seg, eller endre praksisen for spedbarnsernæring, sier Stene.

Studien undersøkte også barnas lengde, men fant ingen sammenheng mellom endringen i lengde første leveår med type 1-diabetes.

Viktig bidrag til forskningen

– *En mulig forklaring er at høy vektøkning øker presset på kroppens insulinproduksjon, sier Maria Magnus, som er førsteforfatteren av artikkelen.*

Selv om det er for tidlig å gi noen helseråd, er studien et viktig bidrag på diabetesfeltet fordi dette er den første studien som har fulgt en så stor gruppe barn fra den generelle befolkningen over så mange år (opptil 13 år).

Studien gir solid bevis på at det er en sammenheng mellom vektøkning og type 1-diabetes, og støtter derfor miljøets betydning på type 1-diabetes.

Det er usikkert hvorfor vektøkning har sammenheng med type 1-diabetes. Det kan ha med insulinproduksjonen og insulinfølsomhet å gjøre, ved at vektøkningen øker behovet for insulin så pass mye at cellene som produserer insulin blir overbelastet:

– Mulige forklaringsmekanismer inkluderer et økt press på beta-cellene til å produsere insulin ved høyere vektøkning, i tillegg til en endret tarmflora eller inflammasjon som ofte sees ved overvekt, forklarer Maria Magnus, som er førsteforfatteren av artikkelen.

Om studien

Studien inkluderte over 99,000 barn i Den norske mor og barn undersøkelsen og den danske Bedre sundhed i generationer. Opplysninger om fødselsvekt og lengde ble innhentet fra fødselsregistre, mens informasjon om vekt og lengde ved 12 måneder ble innhentet fra mødre gjennom spørreskjemaer. Informasjon om diagnostisering av type 1-diabetes var tilgjengelig fra nasjonale barnediabetesregistre.

Resultatene ble kontrollert for en rekke faktorer, som kjønn, fødselsvekt og lengde, og ulike opplysninger om barnets mor og far.

Resultatene ble presentert i det prestisjetungt tidsskriftet JAMA Pediatrics.

Studien ble utført ved Folkehelseinstituttet i samarbeid med Universitetet i Oslo, Universitetet i Bergen, Oslo universitetssykehus, Haukeland universitetssykehus, Sykehuset Østfold, Statens Serum Institut Danmark og Copenhagen University Hospital, Herlev, Danmark.

Referanse

Maria C. Magnus; Sjurður F. Olsen; Charlotta Granström; Geir Joner; Torild Skriverhaug; Jannet Svensson; Jesper Johannesen; Pål Njølstad; Per Magnus; Ketil Størdal; Lars C. Stene (2015) [Infant Growth and Risk of Childhood-Onset Type 1 Diabetes in Children From 2 Scandinavian Birth Cohorts](#). JAMA Pediatr. 2015;169(12):e153759

Publisert: 16.12.2015, endret: 18.12.2015, 16:49

In English:

- [About PAGE](#)
- [Link between weight gain in first year of life and risk of type 1 diabetes](#)

Referansekode i 'Helserådet': UNG 2016-5. Stikkord: Spedbarn.Vektøkning. Diabetes.

