

5. februar 2016, 24. årgang

///helsebiblioteket.no

# Helserådet

Nytt om samfunnsmedisin og  
folkehelsearbeid

- Komplette innholdsfortegnelse  
s. 2 - 3
- - Vi kan måtte vente over 10 år på zika-vaksine  
s. 4
- Om samhandling  
s. 4 - 5 - 6 - 7
- Privat omgang med pasient  
s. 14
- Spørsmål og svar om zika-viruset  
s. 29
- Dette kan bli de neste store epidemiene  
s. 32
- Nytt om legionella  
s. 37 og s. 38



# Helserådet

## INNHold NR. 3/16

-Vi kan måtte vente over ti år på zikavaksine .....	4
Om øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD) .....	4
Om kommunal medfinansiering av sykehus .....	5
Samhandling i praksis.....	6
Samhandlingsreformen: -Må integrere fastlegene mer .....	7
Kvinner og arbeidshelse.....	7
Så lenge etter «Best før» kan du spise maten.....	8
Danske Sundhedsstyrelsen: Mad til små – fra mælk til familiens mad .....	9
Hvor sunt er egentlig mørk sjokolade? .....	10
Trendforsker tror vi går mot enklere mat.....	10
Bedre immunforsvar med fullkorn .....	11
Kan jeg hoppe over frokosten?.....	11
Fysisk aktivitet reduserer dødsrisiko.....	12
Du blir aldri for gammel til å trene .....	12
Danske Sundhedsstyrelsen: Små barn skal hoppe, lege og tumle så meget som mulig .....	13
Mer bevegelse brente ikke flere kalorier .....	14
Tilsynssak: privat omgang med pasient .....	14
Folkehelsepolitisk rapport 2015 – Indikatorer for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet.....	16
Avviksmeldinger.....	17
Danske Sundhedsstyrelsen: Forebyggelsen er styrket i kommunerne .....	17
Kommuneleger mot mobbing.....	18
Sammen for større helsekommuner .....	19
Frykter fluorskepsis kan føre oss flere tiår tilbake .....	19
Alzheimers sykdom: Dårlig munhygiene en medvirkende årsak .....	19
Østrogentilførsel kan redusere risikoen for demens.....	20
Mors hodepinetabletter kan gjøre døtre mindre fruktbare .....	20
Frykter e-sigaretter blir trendy .....	21
Danske Sundhedsstyrelsen: Katalog skal inspirere kommuner til at forebygge unges rygning .....	22
Ikke flertall for røykesluttrefusjon .....	22
Danske Sundhedsstyrelsen: Markant fald i tilslutningen til HPV-vaccinen .....	22
Nordisk samarbeid om flåttoverførte sykdommer.....	23
God gjennomsnittshelse og uakseptable sosiale forskjeller .....	23
Danske Sundhedsstyrelsen: Barn og unge med særlige behov skal have mulighet for at delta i det organiserte idrætsliv .....	24
Barn født på vinteren får dårligere lunger tidligst .....	25
Siste tilvekstliste fra biblioteket i Helsetilsynet.....	25
Sosiale ulikheter i helse – Nasjonal konferanse. Rettelse vedr. datoer. ....	28

Forts. neste side

NYTT FRA WWW.FHI.NO, FOLKEHELSEINSTITUTTET

Spørsmål og svar om zika-viruset.....	29
Oppdaterte råd 22.1.2016: Zikafeber-råd til gravide.....	30
WHO: Dette kan bli de neste store epidemiene.....	32
Ny studie om gjennomføring av forebyggende tuberkulosebehandling.....	33
BCG-vaksine uten markedsføringstillatelse tilgjengelig igjen.....	34
Årets influensaseson domineres av A(H1N1)-viruset .....	35
Begrenset utsending av vaksiner i kulda.....	35
Tetraxim har påmontert en kort, ikke utskiftbar sprøytespiss .....	35
Mangel på vaksiner internasjonalt rammer også Norge .....	36
Bruk av antibiotika i sykehus høsten 2015 .....	36
Oppdatert utgave 2015: Forebygging av legionella-smitte – en veiledning.....	37
Slik kan du unngå legionella-smitte i dusjen .....	38
Rydd i medisinene dine! .....	39
Sosial angst er svært arvelig.....	40
320 alkoholutløste dødsfall i Norge i 2014 .....	41
Små fremskritt i arbeidet med dødfødsler .....	41

**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](mailto:smi@helsebiblioteket.no). Tlf. 92 89 56 16.

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

Layout: ASAP Media

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

Forsiden: Aedes aegypti-mygg som kan spre Zika-viruset. Foto: Marvin Recinos/AFP. Artikler side 4, 29, 30

## – Vi kan måtte vente over ti år på zikavaksine *(forskning.no 28.1.2016)*

Amerikanske forskere mener det kan ta over ti år å få godkjent en vaksine mot det myggbårne zikaviruset som har spredd seg over det amerikanske kontinentet. **NTB.**

Ifølge **BBC** sier forskere fra University of Texas i Galveston, som har samlet og analysert prøver fra Brasil, at selv om vaksinen kan være klar til å bli testet om et år eller to, kan det ta flere år før den kommer på markedet.

– Det kan ta opptil tolv år å få vaksinen godkjent til offentlig bruk av det amerikanske mat- og legemiddeltilsynet FDA og andre kontrollinstanser, sier professor Nikos Vasilakis ved universitetet.

Brasilianske forskere melder derimot at de kan ha klar en vaksine om fem år, skriver BBC.

I alt 27 land i Latin-Amerika, Karibia og Nord-Amerika, der aedes-myggen er utbredt, har i løpet av de siste ni månedene rapportert inn tilfeller av zikasmitte.

Flest tilfeller er det i Brasil, mens Chile og Canada er de eneste landene på det amerikanske kontinentet som ikke har registrert tilfeller av viruset.

Selv om det er oppdaget to tilfeller i henholdsvis Danmark og Sverige, ønsker Folkehelseinstituttet i Norge å avdramatisere situasjonen. De sier det er svært usannsynlig at smitten vil spre seg videre.

Dette er hele artikkelen fra forskning.no. Du får også tilgang til den samt til en del relatert materiale ved å gå inn på <http://forskning.no/helse-vaksiner-virus/2016/01/forskere-kan-matte-vente-over-ti-ar-pa-zikavaksine>.

Referansekode i 'Helserrådet': TSS 2016-32. Stikkord: Zika-virus.

## Om øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD)

(3 artikler basert på samme sak)

### 1)Få nyter godt av nytt helsetilbud

Dette er overskriften på en lengre tema-artikkel i bladet Kommunal Rapport nr. 2/16 for 21. januar. Vi får dessverre ikke lov av redaksjonen i Kommunal Rapport til å gjengi hele artikkelen. Det er i grunnen litt synd, for det er en meget god og tankevekkende artikkel med bakgrunn i Helseregion Sør-Gudbrandsdal.

Innledningsvis slås følgende fast:

Etter flere år med tomme senger fjerner kommunene i Sør-Gudbrandsdal tre av åtte senger for øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Det er langt mellom pasientene på tilbudet som skulle avlaste sykehusene.

Artikkelen gjengir beregninger som viser at et øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD) koster mer enn 13.000 kroner pr. liggedøgn. Artikkelen refererer en del positive pasientopplevelser og omtaler hvilke aldersgrupper som særlig er representert. Det viser seg også, ifølge en ny rapport fra Senter for omsorgsforskning, at bruken av det nye, lovpålagte helsetilbudet varierer mye fra kommune til kommune.

Fra sistnevnte senter (og uavhengig av Kommunal Rapport) gjengis følgende omtale av den nye rapporten fra Senter for omsorgsforskning:

### 2)Øyeblikkelig hjelp døgnopphold

#### Oppsummering av kunnskap og erfaringer fra de første fire årene med kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold

Av Marianne Sundlisæter Skinner

Denne rapporten er utarbeidet på oppdrag fra Helsedirektoratet. Bestillingen fra oppdragsgiver var en oppsummering av kunnskap og erfaringer fra de første fire årene med kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold, med fokus på noen forhåndsdefinerte tema. Temaene, som ble valgt i samråd med oppdragsgiver, var: Erfaringer med bruken av plassene, legenes kunnskap og tillit til tilbudet, erfaringer med interkommunalt samarbeid, lovbestemmelsens betydning for organiseringen av tilbudet, og helseforetakenes rolle. Oppsummeringen er basert på en gjennomgang av tilgjengelig litteratur om øyeblikkelig hjelp døgnopphold fra fireårsperioden 2012-2015. Etter ønske fra oppdragsgiver har direktoratets og KS' utredninger om ø-hjelpstilbudet fått mest fokus i litteraturgjennomgangen, etterfulgt av Helsedirektoratets årlige samhandlingsstatistikk og øvrige publikasjoner.

Med tanke på målgruppen for tilbudet, er bruken av ø-hjelpssengene som forventet. Det er primært eldre pasienter som legges inn i det kommunale tilbudet, og de fleste av dem kommer fra hjemmet og skrives ut til hjemmet etter et ø-hjelpsopphold på én til tre dager. Med tanke på beleggsprosent derimot er bruken av ø-hjelpssengene lavere enn forventet. Gjennomsnittlig beleggsprosent for 2013-14 var på kun 34 prosent. Likevel er tilbakemeldingen fra svært mange kommuner at de opplever en økning i belegget etter hvert som tilbudet blir mer kjent blant legene og befolkningen. Kommunene trenger tid til å forankre tilbudet og integrere det i de øvrige helse- og omsorgstjenestene.

Når den lave beleggprosenten skal forklares i litteraturen, trekkes fastlegene og legevaktstjenestenes manglende kjennskap og tillit til ø-hjelpstilbudet frem. Den manglende effekten av informasjonskampanjer i mange kommuner tyder imidlertid på at det er andre årsaksforhold som er av like stor eller større betydning. Tungvinne innleggelsesrutiner er ett forhold som kan virke inn på legenes vilje til å bruke det kommunale tilbudet; en allerede eksisterende tradisjon for å behandle samme pasientgruppe på det lokale sykehjemmet er en annen. Videre kan lang geografisk avstand til det interkommunale ø-hjelpstilbudet, strenge og/eller for spesifiserte inklusjonskriterier ha en negativ innvirkning på bruk.

Interkommunalt samarbeid har i etableringsfasen vært den foretrukne modellen for ø-hjelpstilbudet blant de fleste av kommunene. 7 av 10 kommuner gikk sammen med én eller flere nabokommuner for å etablere et tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Oppsummeringen viser imidlertid at det er både fordeler og bakdeler ved å samarbeide med andre kommuner om ø-hjelpstilbudet. Det er den enkelte kommune som selv må bestemme hvilken modell som er mest hensiktsmessig for den, ut ifra lokale forhold og forutsetninger. Erfaringene fra de første fire årene viser at den vidt formulerte lovbestemmelsen har lyktes i å åpne for ulike løsninger og tilpasninger ute i kommunene. Samtidig har den nasjonale veilederen bidratt til å lukke noe av kommunenes handlingsrom. Den nasjonale veilederen er svært flittig brukt i utarbeidelsen av tilbudet rundt om i landet, og det kommer tydelig fram i litteraturgrunnlaget at flere kommuner har brukt Helsedirektoratets ulike anbefalinger som en oppskrift for hvordan tilbudet skal organiseres mer enn en veileder.

Helseforetakene har hatt en forholdsvis aktiv rolle i planleggingen av det kommunale ø-hjelpstilbudet, men erfaringer viser at de i mer eller mindre grad står på sidelinjen i forbindelse med driften av tilbudet. Videre er det lite samarbeid mellom kommuner og helseforetak om ø-hjelpstilbudet på tjenestenivået; kun noen få kommuner opplyser om et aktivt og velfungerende samarbeid mellom ansatte på faglig nivå. Selv om det har vært samarbeid mellom politisk og administrativ ledelse i kommunene og helseforetaket, er tilbudet stort sett dårlig forankret innad i helseforetaket. Likevel viser litteraturen at det ikke bare er negative erfaringer rundt samhandlingen kommunene og helseforetaket i mellom. Opplevelsen av likeverd har blitt bedre, og ø-hjelpstilbudet erfares av mange som en arena som bidrar til å gi samarbeidet mellom helseforetak og kommune et løft.

I siste del av rapporten gis det vurderinger og anbefalinger som bygger på litteraturen fra oppsummeringen. Fra myndighetene etterlyser jeg mindre fokus på beleggprosenten og mer tydelighet rundt hva hensikten med sengene er og hvordan kommunene kan oppfylle intensjonen med ø-hjelpstilbudet. Videre bør det legges til rette for ulike

samarbeidsmodeller, da det fremkommer tydelig fra litteraturen at det er både fordeler og ulemper ved interkommunalt samarbeid. Kommunene må selv velge hvilken modell som er mest hensiktsmessig og gripe det handlingsrommet de har fått i forbindelse med lovkravet. Etter hvert som de får erfaringer med driften, kan det være nødvendig å tilpasse tilbudet etter behovet og forutsetningene lokalt.

Når det gjelder helseforetakets rolle i ø-hjelpstilbudet, så kunne samarbeidsklimaet vært bedre om friske midler hadde vært avsatt til tilbudet i stedet for at penger ble overført fra helseforetak til kommune. Da kunne helseforetakene hatt mer fokus på den faglige veiledningsrollen i stedet for tilbudets effekt på akuttinnleggelser i sykehus.

Det er behov for videre forskning som undersøker utvikling og drift av tilbudet fra et eksplisitt teoretisk perspektiv. Slike studier gir en annen type kunnskap enn den som foreligger i dag.

[Les hele rapporten her](#) (klikkbare lenke)

**Fra [www.kommunal-rapport.no](http://www.kommunal-rapport.no) 22.1.2016:**

### 3) Tror bruken av ø-hjelpssenger vil øke

Helseminister Bent Høie (H) tror bruken av øyeblikkelig-hjelp-senger i kommunene vil øke bare legene får tillit til at det er trygt å sende pasienter dit.

**Marte Danbolt**

Han avviser at helsemyndighetene har feilberegnet behovet for kommunale øyeblikkelig-hjelp-senger. Alle kommuner er lovpålagt å ha et slikt tilbud fra i år. Erfaringene fra dem som har hatt dette en stund, er at sengene står tomme det meste av tiden. Belegget er bare 34 prosent på landsbasis, men varierer mye.

– Jeg tror ikke vi har overdrevet behovet. Men vi har en jobb å gjøre med å skape tillit blant fastleger og legevaktleger, slik at de ser at det er like trygt å sende pasienter hit som på sykehus, sier Høie til Kommunal Rapport.

Han tror belegget vil øke etter hvert, og at døgntilbudet om øyeblikkelig hjelp i kommunene dermed vil bidra til å redusere veksten i sykehussinnleggelser. Han varsler ingen endringer i innleggelsesprosedyrer eller – prosedyrer.

Strenge og detaljerte kriterier for hvilke pasienter som skal legges inn på de kommunale sengene i stedet for på sykehus, og tungvinte innleggelsesprosedyrer, er også viktige årsaker til lavt belegg, mener Senter for omsorgsforskning, som har oppsummert erfaringene i en ny rapport til Helsedirektoratet.

At kommuner har organisert tilbudet i interkommunale ordninger, gjør også reiseveien lang for mange pasienter, påpekes det i rapporten, som er omtalt i Kommunal Rapportets papirutgave torsdag denne uken.

Referansekode i 'Helserådet': SAM 2016-3. ØHD. Øyeblikkelig hjelp døgnopphold.

## Om kommunal medfinansiering av sykehus

(2 artikler basert på samme sak)

### 1)- Uklokt å fjerne medfinansiering av sykehus

**[www.kommunal-rapport.no](http://www.kommunal-rapport.no) 21.1.2016:**

– Det var uklokt å fjerne ordningen med kommunal medfinansiering av sykehustjenester så raskt. Det sier leder av KS' rådmannsutvalg Tor Arne Gangsø og får følge av samhandlingsdirektør Tor Åm.

## Marte Danbolt

– Det sterkeste virkemidlet i reformen ble fjernet litt for tidlig. Jeg tror det var uklokt uten at det ble erstattet av andre økonomiske incitament for å redusere sykehusinnleggelse, sa Gangsø da erfaringene med samhandlingsreformen ble oppsummert under den nasjonale helsekonferansen i Oslo.

Han fikk følge av samhandlingsdirektør Tor Åm ved St. Olavs Hospital i Trondheim, som har ledet Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen. Det har bestått av 20 fagfolk fra kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, som har møttes månedlig etter at samhandlingsreformen ble innført i 2012. De har nylig avgitt sin sluttrapport med sine anbefalinger til helsemyndighetene.

Se hele artikkelen fra [www.kommunal-rapport.no](http://kommunal-rapport.no) ved å klikke på <http://kommunal-rapport.no//2016/01/uklokt-fjerne-kommunal-medfinansiering>.

## 2) Amputert reform

*Fra ukeavisen Kommunal Rapport 28.1.2016:*

Red. innledn.: Igjen en fin artikkel fra Kommunal Rapport som vi gjerne skulle ha gjengitt i sin helhet, men hvor tillatelse til det er nektet.

Det er journalist **Marte Danbolt** som skriver en kommentar og hvor hun beklager at samhandlingsreformens hovedgrep ble avvirket av Solberg-regjeringen etter bare tre år. Marte Danbolt refererer hva lederen av KAS' rådmannsutvalg, Tor Arne Gangsø sa om dette under den nasjonale helsekonferansen tidligere i januar. Men helseminister Bent Høie angrer ikke, i følge artikkelen. Hadde kommunene skulle ha klart slik medfinansiering, hadde de måttet kutte på andre kommunale tilbud, sa han.

Artikkelen summerer opp det som er igjen av samhandlingsreformen:

- Kommuner og helseforetak har underskrevet avtaler om hvordan de skal samhandle, blant annet om utskrivning av pasienter fra sykehus.
- Betalingsplikten for utskrivningsklare pasienter opprettholdes.
- Kommunene har fått døgntilbud om øyeblikkelig hjelp (ØHD) (se artikkelen foran i dette nummer av 'Helserådet').

Referansekode i 'Helserådet': SAM 2016-5. Stikkord: Medfinansiering. Kommunal medfinansiering

# Samhandling i praksis

Red. innledning: Det har vært en liten debattrunde på eyr vedrørende dette med samhandling og hvordan dette kan arte seg forskjellige steder i landet og til forskjellige tider. Tar det med ettersom det har vært flere artikler om samhandling her i 'Helserådet' i det siste.

Fastlege **Dietlind Nakling**, Tysvær kommune:

Jeg har 2 spørsmål:

1. Jeg lurer på, hvilke oppgaver hjemmesykepleien avlaster fastlegene med i distrikt rundt omkring i Norge.

Min erfaring de siste årene i Nedstrand har vært, at hjemmesykepleien ved akutt behov for helsevurdering tar CRP, blodsukker, måler surstoffmetning, blodtrykk, auskulturer lunger og abdomen, setter klyster hjemme, skifter på sår, fjerner suturer og tar av og til blodprøver og urinprøver hos immobile pasienter og leverer til legekantoret.

Dette har vært et fantastisk samarbeid og garantert spart samfunnet for en god del utgifter og pasienter for unødvendige innleggelse. I Tysvær kommune skal dette ikke lenger utføres med det argumentet, at det ikke gjøres i noen andre kommuner i hele Norge.

2. Er det virkelig i samhandlingens ånd, at sykepleieoppgaver skal utføres av fastlegene og skrøpelige pasienter fraktes frem og tilbake (ofte over lengre avstander enn hjemmesykepleien ville hatt) med taxi eller ambulanse enten på dagtid til fastlegen eller om kvelden til legevakten? Hvor miljøvennlig er det dessuten?

Hilsen:

Fastlege Dietlind Nakling i periferien av Tysvær kommune, 4 km fra stedets hjemmesykepleiebase, 45 km fra Tysvær kommunesenter, > 55 km fra legevakten og sykehuset. ([Dietlind.Nakling@uib.no](mailto:Dietlind.Nakling@uib.no)).

**Inger Lund Thorsen**, Larvik kommune:

Har arbeidet 13 år i Finnmark og erfart at hjemmesykepleie og allmennlege jobbet sammen på den måten du beskriver. Vi var dessuten samlokalisert så samhandlingen var enkel med ukentlige møter hvor vi kunne utveksle erfaringer på aktuelle brukere (fungerte nærmest som en revisitt for hjemmeboende pasienter). Flyttet til Larvik i 2001 og har siden den gang vært sykehjemslege/medisinskfaglig råder for omsorgstjenestene her. Den gang var utgangspunktet at hjemmetjenestene ikke skulle gjøre fastlegens jobb. Noe har endret seg i riktig retning: Vi har et ambulerende team med intensivsykepleiere som kan reise ut å ta gode sykepleieobservasjoner ved akutt sykdom (O2 metning, BT puls resp.fr, blodprøver, blærescanning, EKG). Vi er også i en prosess hvor sykepleiere i hjemmetjenesten har fått egen

sykepleiesekk med nødvendig utstyr for BT-taking etc. I tillegg har man begynt å kunne ta CRP. Jeg tror fortsatt vi har mye å hente ved at helsefagarbeidere bør kunne ha nødvendig utstyr til BT taking og basale parametre og melde tilbake til sykepleier, dette vil gjøre at man kommer raskere i gang for å kartlegge subakutt funksjonssvikt og bedre samhandling med fastlege. Fastlegene har lenge ønsket seg at hjemmetjenester eller andre kommunale ansatte kan blodprøve i hjemmene for medisinsk oppfølging av de svært syke som bor hjemme nå. De kommunale planene sier at alle skal bo lengst mulig i eget hjem, og de som tidligere var sykehjemspasienter, bor nå hjemme. Det er viktig at man følger opp med virkemidler som gjør at denne målsettingen kan følges opp med medisinsk forsvarlig oppfølging der pasienten bor.

I praksis vil forsvar for "egne budsjetter" kunne virke bremsende for å få til ordninger som både er samfunnsøkonomisk og faglig hensiktsmessig.

Mvh Inger Lund Thorsen ( [inger.lund.thorsen@larvik.kommune.no](mailto:inger.lund.thorsen@larvik.kommune.no) ) .

Morten Laudal, Vestby kommune: ( [m-laud@online.no](mailto:m-laud@online.no) )

Det er pussig at alle som vil "avlaste" fastlegene, hvilket er ganske mange og politisk populært, trekker seg når det dreier seg om oppgaver fastlegene faktisk ønsker avlastning på. Ingen nekter å sette inn IUD fordi det er en legeoppgave.

Slik Inger Lund Thorsen beskriver det, er utmerket og ønskelig. Men dessverre er det mange steder slik at hjemmetjenesten presses på penger og kapasitet og strammer inn på aktiviteter som kunne gi legene fornuftig hjelp. Jeg er enig i at det her bør stimuleres til godt samarbeid. Slik ressursbruk mener jeg er bedre enn at mye av legenes kjerneoppgaver fragmenteres ved å gi dem til andre deler av kommunehelsetjenesten.

Referansekode i 'Helserådet': SAM 2016-4. Stikkord: Hjemmesykepleie og fastlege.

**DAGENS**  
**Medisin** 25.1.2016

#### SAMHANDLINGSREFORMEN

## – Må integrere fastlegene mer

– Fastlegene må ikke bare integreres i tjenestene, men også i tjenesteutviklingen, sa ekspedisjonssjef Petter Øgar i Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) da han snakket om samhandling på nasjonal helsekonferanse.

Se hele artikkelen fra Dagens Medisin ved å gå inn på [http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/01/25/-ma-integrere-fastlegene-mer/?utm\\_source=apsis-anp-3&utm\\_medium=email&utm\\_content=unspecified&utm\\_campaign=unspecified](http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/01/25/-ma-integrere-fastlegene-mer/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified)

Referansekode i 'Helserådet': SAM 2016-6. Stikkord: Fastleger.

**STAMI**  
STATENS  
ARBEIDSMILJØINSTITUTT Nyhetsbrev uke 4. 22.1.2016

## Kvinner og arbeidshelse

Sysselsettingen blant kvinner i Norge er høy, og sammenliknet med andre land er forskjellen mellom kvinners og menns yrkesdeltakelse liten. Men når det gjelder oppgitte eksponeringer på arbeidsplassen og arbeidsrelaterte helseplager, er kjønnsforskjeller fortsatt til stede.



Kontakt

*Berit Bakke*  
Avdelingsdirektør

Artikkelen er knyttet til temaet [Arbeidsmiljøfakta](#) (klikkbar lenke)

Kvinner opplever blant annet i høyere grad å bli utsatt for vold, trusler og seksuell trakassering på arbeidsplassen, og opplever høye jobb-

krav samtidig med lav kontroll over egne arbeidsoppgaver. Dette viser tall fra *Faktabok om arbeidsmiljø og helse – status og utviklingstrekk* som utgis av Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og -helse (NOA) ved Statens arbeidsmiljøinstitutt.

### Arbeidsmarkedet i Norge

Sysselsettingen blant kvinner ligger på om lag 68 prosent, og selv om det er omtrent like mange menn og kvinner som er i arbeid i Norge i dag, er kjønnsfordelingen ujevn i mer enn halvparten av yrkesgruppene. 48 prosent av kvinnene og 19 prosent av mennene jobber i dag i en offentlig virksomhet.

– Kjønnsdelingen i arbeidslivet gjør at menn og kvinner ofte må takle ulike arbeidsmiljøutfordringer, avhengig av yrke og hvilke oppgaver de utfører, sier avdelingsdirektør ved NOA, Berit Bakke.

Yrkene som framstår som typiske kvinne- eller mannsyrker har mer enn 80 prosent av det ene kjønn representert. Omsorgsyrker innenfor helse- og sosialsektoren, renholdere, lærere og enkelte tjenesteytende yrker topper listen over kvinnedominerte yrker. De mer mannsdominerte yrkene finner en innenfor bygg- og anleggsgfag, transport, metallarbeid og industri.

### Forhold på jobben

Kvinner oppgir i høyere grad at de er mer utsatt enn menn når det gjelder de aller fleste psykososiale forhold, og spesielt for emosjonelle krav, seksuell trakassering, vold og trusler om vold, ubalanse mellom innsats og belønning og høye jobbkraav i kombinasjon med lav selvbestemmelse i jobben (jobbkontroll).

Når det gjelder konflikter, lav lederstøtte, jobbusikkerhet og rollekonflikter er kjønnsforskjellene mindre. Menn oppgir imidlertid høyere grad av lange arbeidsuker, nattarbeid og kontakt utenom arbeidstid enn hva kvinner gjør.

Kvinner opplever i høyere grad enn menn dårlig inneklima, hudkontakt med vann, samt biologisk eksponering, mens menn er mer utsatt for annen kjemisk eksponering slik som blant annet oljer, smøremidler og støv og røyk.

Ved typiske mekaniske eksponeringer er forskjellene mindre, selv om kvinner for eksempel rapporterer en høyere grad av stående arbeid og ubekvemme løft, mens menn har en overhyppighet på tunge løft og tungt fysisk arbeid.

Samtidig er det viktig å påpeke at i flere kvinnedominerte yrkesgrupper er yrkesaktive utsatt for både psykososiale og mekaniske eksponeringer i jobben.

### Mer plager og sykefravær blant kvinner

Kvinner har nær dobbelt så mye arbeidsrelatert hodepine som menn, og en halv gang så mye arbeidsrelaterte nakke-/skuldersmerter og mageplager. I tillegg har kvinner både høyere arbeidsrelatert egenmeldt og legemeldt sykefravær, og de oppgir å føle seg mer psykisk og fysisk slitne. Det er imidlertid ingen kjønnsforskjell i motivasjon eller tilfredshet på arbeidsplassen.

I en nylig publisert studie fra STAMI fant man at om lag 30 prosent av den økte risikoen for legemeldt sykefravær blant kvinner sammenliknet med menn, kan forklares av psykososiale forhold på jobben.

Det at vi har et kjønnsdelt arbeidsmarkedet har vært framsatt som en viktig forklaring på den observerte kjønnsforskjellen i sykefraværet, men fortsatt er det få studier som har sett på arbeidsmiljøets betydning for å forstå disse forskjellene.

– Vi vet fortsatt for lite om årsakene til forskjellene mellom menn og kvinners arbeidshelse og i hvilken grad kjønnsforskjeller i sykdom og sykefravær kan knyttes til ulik arbeidsmiljøeksponering, sier avdelingsdirektør ved NOA, Berit Bakke.

Du får også tilgang til denne artikkelen direkte ved å klikke på <https://stami.no/kvinner-og-arbeidshelse-2/>.

Referansekode i 'Helserådet': ARB 2016-4. Stikkord: Kvinner og arbeidshelse. Arbeidshelse.

## Så lenge etter «Best før» kan du spise maten (forskning.no 17.1.2016)

All mat kan spises etter «Best før»-datoen. Likevel er mange usikre på hvor lenge etter. Her gir forskning.no deg litt hjelp.

**Bård Amundsen**, journalist

Står det «Siste forbruksdag:» på maten, så er det mat som lett blir uspiselig.

Slik mat bør du være forsiktig med å spise etter den oppgitte dato.

Dette gjelder for eksempel ferske produkter som kylling, kjøttdeig og fersk fisk.

### Du bestemmer når maten bør kastes

Men på stadig flere av matvarene du får kjøpt i norske butikker står det ikke lenger siste forbruksdag. I stedet står det «Best før:».





Produkter som mel, sukker og pasta kan være bra mat i flere år etter «Best før»-datoen.  
(Foto: Bård Amunden/forskning.no)

Da er det opptil deg selv om du vil spise maten eller ikke, etter at datoen er utløpt.

I dag spiser mange slik mat som er «utgått på dato».

– Generelt kan vi si at du ikke blir syk av å spise mat som er utgått på dato, dersom det står «Best før» på emballasjen. Men selvfølgelig går det en grense et sted, sier seniorforsker Hanne Møller hos Østfoldforskning.

### Lukt på maten

Generelt bør folk lukte mer på maten, mener matforskeren.

– I våre dager er det få som lukter på maten de skal spise. I stedet ser mange utelukkende på datomerkingen.

– Om flere begynner å bruke luktesansen, kan nok mange bli mer tryggere på sine egne vurderinger. Kanskje bør matlukting bli noe elevene får øve seg på i skolen.

Hanne Møller minner om at matvarer som kjøttdeig og kylling ikke lukter helt godt i det du åpner pakka. Men det skyldes at det brukes en spesiell pakkegass som gjør at produktet får lenger holdbarhet. Denne lukta blir borte i løpet av noen minutter etter åpning av pakningen.

### Vi kaster alt for mye

I Norge kaster vi flere hundre tusen tonn med mat hvert år. Mye av dette er helt utmerket mat.

I motsetning til hva mange nok tror, er det hjemme hos deg og meg at det kastes mest mat. Matindustrien og butikkene står bare for en tredel av matsvinnet.

Du og jeg står for to tredeler av matkastingen.

- Les også: **Mest mat kastes hjemme hos deg**

Flere vil nå unngå dette. Da er det greit å vite at noe av maten du har kjøpt kan spises både uker og år etter «Best før»-datoen. Ja, noe kan du trygt spise ti år etterpå.

Men hvor lenge kan du spise «Best før»-maten? forskning.no har spurt forskere som kan dette.

Se hele denne artikkelen fra forskning.no samt en del relatert materiale ved å klikke på <http://forskning.no/mat-mat-og-helse-trygg-mat-samfunn/2016/01/sa-lenge-etter-best-kan-du-spise-maten>.

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2016-13. Stikkord: Holdbarhet for mat.

**Danske Sundhedsstyrelsen 19.1.2016:**

## Mad til små – fra mælk til familiens mad

'Mad til små' beskriver anbefalingene for barnets første mad og drikke og vejleder forældre i, hvordan de kan guide barnet igennem overgangen fra mælk til familiens mad.

Der er arbejdet med at gøre bogen læsevenlig og levende. Her er bl.a. indlagt laminerede ark, der formidler korte råd om barnets mad og drikke i de forskellige perioder. Arkene egner sig fx til ophæng på køleskabet. Desuden findes en række opskrifter på den første grød og mos samt sunde middagsretter til hele familien. Samtidig tilbyder bogen en vis faglig tyngde for de forældre, der søger mere indgående information. Bogens anbefalinger og opskrifter bygger på de officielle ernæringsanbefalinger.

“Vi håber, at vi med bogen kan hjælpe med at gøre overgangen til familiens mad så enkel som mulig, så måltiderne bliver en rolig stund,” siger sundhedsplejerske Annette Poulsen, Sundhedsstyrelsen.

'Mad til små' er udgivet i et samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen, Fødevarestyrelsen og Komiteen for Sundhedsoplysning. Bogen afløser den kendte klassiker 'Mad til spædbørn & småbørn'.

### LINK

[Mad til små - fra mælk til familiens mad](#)

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2016-14. Stikkord: Spedbarnskost. Amming. Morsmelk.

## Hvor sunt er egentlig mørk sjokolade? *(forskning.no 21.1.2016)*

En ekspert regner mørk sjokolade som en grønnsak. Vi ser nærmere på påstander om kakao, antioksidanter og andre stoffer i det mørkebrune gullet.

**Ulla Gjeset Schjøberg**, journalist

Det er nok ingen tvil: Mørk sjokolade er et bedre valg enn melkesjokolade dersom du vil passe på vekta, men fortsatt spise litt godteri. Men noen ganger kan det virke som om mørk sjokolade er kuren for alt.

Stadig dukker det opp artikler med gledelige nyheter: «Du kan spise sjokolade med god samvittighet». Den gjør deg visstnok smartere, gladere, slankere, mindre stresset og forebygger i tillegg slag og hjerte- og karsykdommer.

Selvsagt kommer nyhetene også med de vante forbeholdene. Sjokoladen må ha minst 70 prosent kakao og du kan ikke akkurat spise en hel plate. Mørk sjokolade inneholder jo også fett og sukker. For mye av det mørkebrune gull kan med andre ord gi alle de kjipe ettereffektene sukker og fett vanligvis har.

På den ene siden er det stoffer i sjokoladen som kan gi god helseeffekt, men på den andre siden har du sukker og fett som i store mengder kan sabotere et balansert kosthold.

Så hvor mye mørk sjokolade kan du spise? Og får du egentlig noen positiv helseeffekt ut av en forsvarlig døgndose?

Se hele denne artikkelen samt en del relatert materiale ved å klikke på <http://forskning.no/2016/01/mork-sjokolade-under-lupen> .

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2016-15. Stikkord: Sjokolade. Mørk sjokolade.

## Trendforsker tror vi går mot enklere mat *(forskning.no 20.1.2016)*

I jungelen av spesialprodukter, ekstremdietter, matlaging fra bunnen av og politisk korrekte valg er det mange som blir forvirret og lei alt matmaset. **NTB**

Trendforsker Gunn-Helen Øye tror vi får en motreaksjon:

– Det er to hovedtrender jeg tror vil prege oss framover: Enkelt og ur. Nå er vi mettet på kompleksiteten i å spise, sier hun til NTB. De siste årene har det å lage mat fra bunnen av, med ferske, kortreiste råvarer og uten tilsetningsstoffer, blitt svært populært. Fettet skal være sunt og karbohydratene grove. Brød og kaker skal lages fra bunnen av, og all den hjemmelagde maten skal se lekker ut og smake himmelsk.

– Jeg tror vi har fått nok, sier Øye og oppsummerer de to trendene i ett produkt: Grøt.

### Forvirring

Fire år etter at grøt ble spådd en lysende fremtid, spiser vi mer grøt enn på lenge.

– Det er enkelt, og alle de nye typene basert på norske råvarer, som bygg og havre, til og med urhavre, appellerer til vårt behov for kjente og trygge råvarer. Økologisk er ikke nok lenger, nå skal det være «ur», sier Øye.

Hun spør også en nedgang i kompliserte ekstremdietters popularitet:

– Alle de ulike ingrediensene og spesialitetene – det blir rett og slett litt mye å sette seg inn i, sier hun.

Klinisk ernæringsfysiolog Cathrine Borchsenius i Sunn & Sprek tilbyr råd om kosthold og trening:

– Mange er veldig forvirret av alt som blir sagt og skrevet: Hva er det som egentlig er sunn, trygg og ren, fersk mat? Vi opplever at folk er mest opptatt av at maten er naturlig, fra bunnen av, trygg og kortreist.

Hun opplever mer oppmerksomhet rundt sunn mat og tilpasset trening, enn på ekstremdietter.

### Riktige verdier

Seniorforsker Einar Risvik jobber med innovasjon og forbrukerforståelse ved Nofima.

– En tiltakende hovedtrend nå er verdivalg. Nøkkelord er nærhet, ekthet, globalisering, fellesskap og solidaritet.

– I Norge har det lenge vært godt voksne som har spist slik, primært økologisk, men i 2015 så vi at ungdom også gjorde bevisste valg for fellesskap og miljø. Det er ikke en ekskluderende diett, men bidrag som gagnar alle, som kjøttfrie dager og delingsøkonomi. Det betyr at det er lov til å være mer avslappet og skeie litt ut av og til.

Han spår at det vil ta to-tre år før markedet klarer å respondere på trenden og tilby et stort nok utvalg av råvarer og produkter som oppfyller disse kravene:

– Klarer noen å komme med en vegetarburger i år, tror jeg det vil slå veldig godt an.

### Moralsk

Seniorforsker Annechen Bugge ved Statens institutt for forbruksforskning (SIFO) støtter troen på en tallerken med mer grønt og ikke minst at verdier vil være sentralt:

– Matforbruk blir i økende grad knyttet til ansvar og moral. Vi ønsker å kjøpe sunne, naturlige, økologiske produkter og unngå masseprodusert mat der sukker, salt og fett er hovedingredienser. Det ses på som dårlig både for kropp og miljø.

– Naturlig mat oppleves som veldig positivt, det løser problemer forbrukerne opplever knyttet til helse, miljø og etikk på en god måte. Grønnsaker topper listen over hva vi oppfatter som sunt, og vi har et sterkt ønske om å øke inntaket der.

Dette er hele artikkelen fra forskning.no. Du får også tilgang til den og til en del relatert materiale ved å klikke på <http://forskning.no/mat/2016/01/trendforsker-tror-vi-gar-mot-enklere-mat>.

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2016-16. Stikkord: Kostholdstrender.

## Bedre immunforsvar med fullkorn (forskning.no 29.1.2016)

Et helt spesielt stoff som kalles BX kan ha en del av æren.

**Sedsel Brøndum Lange**, journalist i videnskab.dk

Fullkornsbrød er sunt. Det har både forskere og forbrukere visst lenge.

Nå har vi fått enda et argument for å spise grovbrød og andre typer fullkorn. Fullkorn inneholder nemlig ikke bare vitaminer og fibre, men også en rekke stoffer som kalles benzoxazinoider (eller BX), som ifølge en ny studie ser ut til å være nyttige for immunforsvaret. Spiser man mye grovbrød, kan det altså gjøre at man blir mindre syk.

- Les også: **Blir immunforsvaret sterkere etter sykdom?**

– Vi har tidligere sett at folk som spiste fullkorn, hadde et bedre immunsystem, uten at man har undersøkt hvorfor. Men nå har vi gitt matvarer med mye BX til forsøkspersoner og sett på blodprøvene at det var en økt immunreaksjon. Det er ny kunnskap. Men det passer godt med den forskningen som er drevet før, sier førsteamanuensis Inge Fomsgaard, som er en av forskerne bak studien.

Se hele artikkelen fra forskning.no samt en del relatert materiale ved å gå inn på <http://forskning.no/mat-og-helse-immunforsvaret-sykdommer/2016/01/bedre-immunforsvar-med-fullkorn>.

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2016-17. Stikkord: Fullkornsbrød.

## Kan jeg hoppe over frokosten? (forskning.no 30.1.2016)

Spør en forsker:

Du har sikkert hørt at frokosten er dagens viktigste måltid. Stemmer det? Og kan man hoppe over frokosten hvis man vil slanke seg eller bare ikke har lyst på noe? Her er vitenskapens svar.

**Lise Brix**, journalist i videnskab.dk

På folkemunne hører man ofte at frokosten er dagens viktigste måltid. Men for noen mennesker kan det være en daglig kamp å få i seg noen havregryn, uansett hva de gjør for å pynte på dem.

«Jeg er en av de som absolutt ikke liker å spise frokost», skriver Mads Gommesen. «Jeg må ofte være våken i flere timer før sulten kommer. Når folk oppdager dette, får jeg ofte vite at det er veldig usunt å ikke spise frokost. Det er nesten i kategorien storrøyker. Jeg har lett etter litt vitenskap om dette, men synes ikke jeg finner noe entydig. Så hva er sannheten?»

Flere andre lesere har også stilt spørsmål om frokosten, spesielt om det er en god idé å hoppe over den hvis man vil slanke seg.

## Ikke godt å vite

Men det er ikke så enkelt å få et klart svar.

– Vi har ingen sikker kunnskap om det er sunt eller usunt å hoppe over frokosten. I det hele tatt er kunnskapen vår om effektene av antall måltider usikker, sier Allan Vaag, som er overlege og klinisk professor ved Københavns Universitet.

- Les også: – **Dropp frokosten med god samvittighet**

Det samme forteller førsteamanuensis Lesli Hingstrup Larsen, som selv har forsket på frokostens betydning for vekten.

– De studiene som er gjennomført, peker i ulike retninger, sier Larsen, som er førsteamanuensis ved institutt for idrett og ernæring ved Københavns Universitet.

Se hele artikkelen fra forskning.no samt en del relatert materiale ved å gå inn på <http://forskning.no/mat-og-helse/2016/01/kan-jeg-hoppe-over-frokosten>.

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2016-18. Stikkord: Frokostmåltidet.

## Fysisk aktivitet reduserer dødsrisiko (forskning.no 19.1.2016)

Jo mer en kvinne med brystkreft er fysisk aktiv, jo mindre blir risikoen for å dø for tidlig.

**Elisabeth Øvreberg**, journalist. En artikkel fra UiT Norges arktiske universitet.

Selv om kvinner ikke er særlig fysisk aktive før sin brystkreftdiagnose, så har de mye å vinne på å begynne etter at diagnosen er fastslått. Det viser en ny studie fra UiT – Norges arktiske universitet.

– De kvinnene som rapporterte om lavt fysisk aktivitetsnivå etter brystkreftdiagnosen, hadde tre ganger høyere dødelighet enn de som var i moderat fysisk aktivitet, forteller postdoktor Kristin B. Borch ved Det helsevitenskapelige fakultet ved UiT.

Hun legger til at moderat fysisk aktivitet tilsier cirka 30 minutter med en aktivitet som gjør at man puster litt tyngre enn normalt.

Se hele artikkelen samt annet relatert materiale fra forskning.no ved å klikke på <http://forskning.no/kreft-trening/2016/01/fysisk-aktivitet-reduserer-dodsrisiko>.

Referansekode i 'Helserådet': FYS 2016-6. Stikkord: Brystkreft. Brystkreft og fysisk aktivitet.

## Du blir aldri for gammel til å trene (forskning.no 21.1.2016)

Sterke eldre klarer seg selv og får bedre liv. Også folk over 65 år har god effekt av styrketrening.

**Jarle Stokland**, rådgiver. En artikkel fra Norges idrettshøgskole.

Allerede i 30-årsalderen begynner vi å miste muskelmasse hvis vi ikke er aktive. Hvert år forsvinner om lag en prosent muskelmasse hvis vi ikke kompenseres med styrketrening. Dette får igjen store konsekvenser jo eldre vi blir.

– Med mindre muskelstyrke kan dagligdagse gjøremål som å gå i trapper, løfte bæreposer eller å komme seg opp fra sengen, bli et stort problem. I tillegg svekkes balanseevnen med årene, sier Hilde Lohne-Seiler, som i dag forsvarer doktorgraden ved Norges idrettshøgskole.



Styrketrening er effektivt også for de som har passert 65 år. (Foto: Hilde Lohne-Seiler)

### Gode treningsprogram for eldre

For å finne ut hva slags styrketrening som gir best effekt hos eldre, har Lohne-Seiler sammenlignet tradisjonell styrketrening på apparater med styrketrening uten apparater. En gruppe på 63 eldre trente styrke to ganger i uken over tre måneder.

Testresultatet viste at begge metodene ga økt muskelstyrke. Likevel skilte styrketrening med apparater seg ut på ett punkt: Styrken i overkroppen økte med hele 25 prosent. Uten apparater økte den med 0,5 prosent.

– Dette er en markant økning og viser at apparattrening gir bedre kontroll på belastningen som løftes, sier Lohne-Seiler.

- Les også: **Trening kan gi eldre bedre hukommelse**

Styrketræning uden apparater, derimod, involverer flere muskelgrupper under mer ustabile forhold. Dette er med på å styrke balanseevne og stabilitet.

– Dermed har styrketræning uten apparater større overføringsverdi til hverdagslivets aktiviteter som krever en viss muskelstyrke og balanseevne. I tillegg er dette et bedre lavterskeltilbud ved at treningen kan gjøres hjemme, sier Lohne-Seiler.

Se hele denne artikkelen samt en del relatert materiale fra forskning.no ved å klikke på <http://forskning.no/aldring-trening/2016/01/du-bli-aldri-gammel-til-trene>.

Referansekode i 'Helserådet': FYS 2016-7. Stikkord: Trening for eldre. Eldre.

**Sundhedsstyrelsen 27.1.2016:**

## Små børn skal hoppe, lege og tumle så meget som muligt

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet anbefalinger for fysisk aktivitet for børn i alderen 0-4 år. Anbefalingen er overordnet at skabe mulighed for, at de små kan bevæge sig så meget som muligt.

Sundhedsstyrelsen har tidligere udarbejdet anbefalinger om fysisk aktivitet for større børn (5-17-årige) og voksne. Nu er tiden kommet til de små børn.

### STØT BØRNE I AT BEVÆGE SIG PÅ FORSKELLIG MÅDE HVER DAG

Små børn bevæger sig helt af sig selv, hvis de får mulighed for det. Derfor handler anbefalingerne overordnet om, at vi skal give børnene mulighed for at være aktive og gerne på mange forskellige måder, fortæller specialkonsulent Lisa von Huth Smith.

”Små børn bruger deres krop og bevægelser til at udforske omgivelserne med og til at skabe kontakt til andre. De er helt naturligt i bevægelse hele tiden, og det er det, vi skal støtte som forældre, institutioner med mere med de nye anbefalinger”.

Som forældre kan man ofte tage valg, der giver barnet mulighed for at bevæge sig. Er man ude at gå en tur kan barnet fx gå ved siden af noget af turen, frem for at blive fragtet hele vejen i klapvognen.

### SMÅ BØRN UDFORSKER OG SKABER KONTAKTER GENNEM BEVÆGELSE

Små børn bevæger sig helt anderledes end voksne og større børn. Små børn bevæger sig mindre struktureret, korterevarende og mere varieret. De bruger bevægelse til at udforske omgivelserne med og til at skabe kontakt til andre, og bevægelse er forbundet med leg. Bevægelse for de små er ikke sport, men er det, at de går, hopper på skødet, danser, gynger, klatrer eller leger med en bold.

### BEVÆGELSE STYRKER BARNETS MOTORIK

Det er vigtigt, at forældre og dagtilbud giver barnet mulighed for at bevæge sig så meget som muligt i dagligdagen. På den måde bliver barnets motorik styrket. Af samme grund råder Sundhedsstyrelsen forældre til at tænke over, hvordan de kan styrke deres børn i at bevæge sig i dagligdagen, og samtidig tænke over hvor længe de 1-4-årige børn tilbringer foran skærmen.

De nye anbefalinger til små børn er forskellige fra anbefalingerne til de større børn. De sætter ikke tid på, hvor meget de små skal være aktive. Det skyldes, at forskningen på området ikke er så langt endnu, at man kan fastsætte, hvor lang tid de små børn bør bevæge sig om dagen, eller hvor lang tid de højst bør bruge på stillesiddende aktiviteter som TV, tablets og computer.

### LINKS

Anbefalingerne er delt op i to, hvor det overordnede råd for begge er, at små børn skal have mulighed for at bevæge sig så meget som muligt:

- [Anbefalinger for fysisk aktivitet – børn under 1 år](#)
- [Anbefalinger for fysisk aktivitet – børn 1-4 år](#)

Det daglige grundlag for anbefalingerne er to publikationer:

Sundhedsmæssige effekter af fysisk aktivitet og stillesiddende tid hos 0-4-årige børn – en systematisk litteraturgennemgang

Målgruppen for anbefalingerne er forældre og andre, der har indflydelse på små børns muligheder for bevægelse eksempelvis dagtilbud samt sundhedsprofessionelle, der beskæftiger sig med små børn. Litteraturgennemgangen giver en dybdegående indsigt i evidensen vedrørende fysisk aktivitet, stillesiddende tid og sundhed hos små børn.

### [Motorik, fysisk aktivitet og stillesiddende tid hos 0-6-årige](#)

Publikationen samler og formidler viden om motorik, fysisk aktivitet og stillesiddende tid hos 0-6-årige børn. Publikationen henvender sig primært til fagpersoner i den kommunale forvaltning, der beskæftiger sig med små børn, bevægelse og sundhed.

Referansekode i 'Helserådet': FYS 2016-8. Stikkord: Barn og unge. Sundhedsstyrelsen.

# Mer bevegelse brente ikke flere kalorier (forskning.no 28.1.2016)

Forbløffende forskning kan være med på å forklare hvorfor få blir slankere av mer trening.

Ingrid Spilde, journalist

Det virker som den mest selvfølgelige ting i verden: Hvis du beveger deg mer, vil du bruke mer energi. Aktive mennesker forbrenner altså flere kalorier enn de som ikke beveger seg så mye.

Og ikke minst: Jo mer du beveger deg, jo mer kan du spise.

I mediene florerer tall over hvor mye som må til for å kompensere for diverse delikatesser:

Har du spist en muffins må du måke snø i 70 minutter. To timer og femten minutter med rask gange for å kvitte seg med en hundregrams sjokolade.

Men hva om det ikke er slik?

En ny studie antyder at synet vårt på kroppens energiforbruk kan være feil. Resultatene viste nemlig at svært aktive mennesker ikke forbrant mer enn folk som bare var moderat aktive.

- Les også: [Syv myter om slanking](#)

Tvert imot var det totale energiforbruket til deltagerne i undersøkelsen forbløffende likt, uavhengig av hvor mye de var i bevegelse. Kun de mest passive brukte færre kalorier i løpet av dagen.

– Dette er en velgjort studie, med fremragende metoder, som formulerer en interessant hypotese, kommenterer professor Ulf Ekelund ved Norges idrettshøgskole.

– Men som med alle hypoteser trenger den å bekreftes.

Se hele artikkelen fra forskning.no samt en del relatert materiale ved å gå inn på <http://forskning.no/2016/01/mer-trening-brant-ikke-flere-kalorier-kanskje-kan-du-ikke-trene-av-deg-sjokoladen>.

Referansekode i 'Helserådet': FYS 2016-9. Stikkord: Bevegelse. Kalorier. Forbrenning.

HELSETILSVNET

25.1.2016

## Tilsynssak: Privat omgang med pasient

Red. innledning: Nedenstående tilsynssak bragte meg tilbake til en forelesning i studietiden på begynnelsen av 1970-tallet ved Rettsmedisinsk institutt hvor den eminente foreleser, professor Jon Lundevall nettopp hadde avsluttet dagens forelesning og var på vei ut, men så snudde han. For det var noe han hadde glemt å si til oss: «Og når det gjelder utuktig omgang med pasienter, vil jeg bare si dere følgende: **Ikke gjør det!**» Så snudde han og gikk igjen.

Nedenstående er hentet fra Helsetilsynets hjemmeside og omhandler ikke noe seksuelt forhold, men allikevel et forhold som helsearbeidere skal tenke på. Det er i form av et brev til den påklagede personen.

Tilsynssaken er initiert på bakgrunn av brev av XXXXXX fra XXXXXX. Av brevet fremgår det at du har hatt en privat relasjon med pasient XXXXXX, født XXXXXX (heretter pasienten). Pasienten var innlagt ved XXXXXX døgnetil fra XXXXXX til XXXXXX. Saken begynte med at en kvinnelig medpasient tok kontakt med ansatte ved XXXXXX den XXXXXX med sterk mistanke om et privat forhold mellom pasienten og deg. Ca. én måned tidligere hadde en ansatt tatt opp med deg at hun mente at det var noe mer enn et vanlig «pasient – behandlerforhold» mellom dere. Bakgrunnen skal ha vært observasjoner i samhandlingen med pasienten. Det ble gitt veiledning, men du benektet på dette tidspunktet at det var en privat relasjon mellom dere.

Saken ble etter meldingen fra medpasienten et samtaleemne på avdelingen, og av den grunn kom det frem flere opplysninger - både fra pasienter og ansatte. Blant annet har en annen ansatt observert pasienten og deg sammen i skogen, samt at en annen mannlig pasient skal ha møtt dere i skogen ved en annen anledning. Pasienter og ansatte beskriver flere episoder der du skal ha oppført deg påfallende.

Den XXXXXX endret du forklaring, og du innrømmet å ha truffet pasienten privat utenfor arbeidstid for å gå tur.

I din redegjørelse datert XXXXXX til Fylkesmannen i XXXXXX skriver du blant annet følgende:

«Våren XXXXXX møttes jeg og pasient ved en tilfeldighet på tur til XXXXXX og gikk sammen ned til bilen og jeg kjørte pasient tilbake til

XXXXXX sentrum. Vi ble godt kjent og fikk en god relasjon via turene vi hadde i arbeidstiden og de gangene vi traff hverandre tilfeldig. Pasient henvendte seg også ofte til meg i avdelingen hvis han trengte hjelp til noe eller bare ville prate om "løst og fast". Både jeg og pasient likte godt å trene og gå turer, å hadde glede av å gjøre det sammen. Dette førte til at jeg og pasient avtalte treningsturer utenom min arbeidstid... Jeg innrømmer å ha møtt pasient ved flere anledninger for å gå tur/trene sammen. Vi fikk en god relasjon og forholdet vårt ble vennskapelig, ikke ansatt - pasient som det skulle ha vært. Vi hadde verken et seksuelt forhold eller kjæresteforhold."

Du skriver også at du skulle ønske at det var mer fokus og veiledning når det gjelder relasjoner mellom pasienter og behandlere. Du opplevde at det var vanskelig for deg å sette en grense i deres relasjon.

Pasienten har i samtale med psykolog nektet for at dere hadde en privat relasjon. Av pasientjournalen fremgår det at han har alvorlige alkoholproblemer, angst, dårlig selvbylde og en historie preget av problemer med mellommenneskelige/familære relasjoner.

I ditt brev av XXXXXX erkjente du at du har opptrådt uprofesjonelt, og at du ikke har klart å sette de nødvendige grensene i relasjonen. I arbeidsgivers brev av XXXXXX fremgår det at det har vært lite systematisk fokus på temaet rollesammenblanding ved XXXXXX. Klinikken jobber nå med å implementere en ny rutine vedrørende rollesammenblanding.

### Rettslig grunnlag for vurderingen

Opplysninger i tilsynssaken gir grunn til å vurdere om du har handlet i strid med kravet til forsvarlig virksomhet i helsepersonelloven § 4.

Helsepersonelloven § 4 første ledd lyder:

*Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.*

Hva som er forsvarlig avgjøres etter en konkret vurdering i hvert enkelt tilfelle, og ikke hvordan helsepersonellet ideelt burde ha opptrådt.

Virksomhetens eier og ledelse har ansvar for å legge forholdene til rette slik at det enkelte helsepersonell kan utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte. Det vises i denne sammenheng til vårt brev av dags dato til XXXXXX HF, som følger vedlagt.

### Statens helsetilsyns vurdering

Statens helsetilsyn har vurdert om din handlemåte har vært forsvarlig.

På bakgrunn av sakens dokumenter, herunder din forklaring, legger vi til grunn at du ved flere anledninger har avtalt å treffe pasienten utenfor arbeidstid for å gå tur/trene sammen og at dere fikk en vennskapelig relasjon. Vi finner med dette at du privatiserte relasjonen til pasienten.

Om innholdet i forsvarlighetskravet kan det bemerkes følgende om etablering av private relasjoner mellom helsepersonell og pasienter: Respekten for den enkelte pasients rettigheter, verdighet og integritet er et grunnleggende prinsipp for utøvelse av forsvarlig helsehjelp. I dette ligger blant annet en forpliktelse til å beskytte pasienten mot krenkende handlinger, og å unngå kontakt som kan føre til at grensene for pasient/behandler-relasjonen overskrides.

Et viktig formål med å yte helsehjelp er å bidra til at pasienten snarest skal kunne gjenopprette egen helse, og fungere uavhengig av helsepersonell og helsetjenesten. Etablering av profesjonelle behandlingsrelasjoner mellom pasienter og helsepersonell er et viktig virkemiddel i den forbindelse. Det er avgjørende at slike behandlingsrelasjoner er basert på pasientens behov for profesjonell hjelp, og ikke pasientens eller helsepersonellens sosiale eller følelsesmessige behov. Helsepersonell må kunne skjelne mellom betydningen av å vise pasienter nærhet, støtte og omsorg, og det å innlede en privat relasjon.

Det er viktig at behandlingsansvarlig helsepersonell er tydelig og holder fast på behandlingsrammer og sin rolle. Som helsepersonell må man være forberedt på at pasienter av ulike grunner vil kunne utfordre ens integritet og vurderingsevne. Det er din oppgave å være klar over at det kan skje, og iverksette relevante tiltak for å beskytte pasienten og deg selv hvis det oppstår, for eksempel ved å rådføre seg med fagkolleger eller søke relevant veiledning.

Uavhengig av om det er pasienten eller helsepersonellet som tar initiativ til å innlede privat kontakt i behandlingssituasjonen, er det et alvorlig tillitsbrudd og svik mot pasienten. Du har opptrådt på en måte som kunne skape utrygghet for pasienten, og som også kunne ha en negativ innvirkning på terapeutiske målsetninger.

Statens helsetilsyn finner etter dette at du har brutt forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4 ved å privatisere relasjonen til den aktuelle pasienten.

### Vurdering av om du skal gis en advarsel

Statens helsetilsyn finner at du har brutt helsepersonelloven § 4.

Ved brudd på helsepersonellovens bestemmelser kan vi gi advarsel i medhold av helsepersonelloven § 56 første ledd, som lyder:

*Statens helsetilsyn kan gi advarsel til helsepersonell som forsettlig eller uaktsomt overtrer plikter etter denne lov eller bestemmelser gitt i medhold av den, hvis pliktbruddet er egnet til å medføre fare for sikkerheten i helse- og omsorgstjenesten, til å påføre pasienter og brukere en betydelig belastning eller til i vesentlig grad å svekke tilliten til helsepersonell eller helse- og omsorgstjenesten.*

For å gi advarsel er det for det første et vilkår at du har handlet uaktsomt. Ved denne vurderingen skal Statens helsetilsyn ta stilling til

om du kan bebreides. Ved vurderingen legger vi blant annet vekt på om du hadde handlingsalternativer i den aktuelle situasjonen. Statens helsetilsyn finner at du burde ha holdt en profesjonell avstand til pasienten, og at du burde søkt råd og veiledning fra arbeidsgiver og/eller andre da situasjonen oppsto. Vi finner på dette grunnlag at du handlet uaktsomt.

Det andre vilkåret som må være oppfylt er at handlingen er egnet til å medføre fare for sikkerheten i helsetjenesten, påføre pasienter en betydelig belastning eller til i vesentlig grad å svekke tilliten til helsepersonell eller helsetjenesten. Det er ikke avgjørende om handlingen i den aktuelle saken faktisk har fått slike konsekvenser.

Statens helsetilsyn har vurdert om din uaktsomme handling er egnet til å påføre pasienter en betydelig belastning, og om handlingen i vesentlig grad er egnet til å svekke tilliten til helsepersonell eller helsetjenesten.

Pasienter skal være trygge på at de i møte med helsevesenet ikke møter behandlere som privatiserer relasjonen. Det er en grunnleggende forutsetning at allmennheten kan ha tillit til helsetjenesten og helsepersonell. Det enkelte helsepersonell representerer ikke bare seg selv, men også sin profesjon og helsetjenesten. Det må derfor stilles strenge profesjonelle og etiske krav til det enkelte helsepersonell. Etter vår vurdering er din handlemåte egnet til å påføre pasienter en betydelig belastning, og til i vesentlig grad å svekke tilliten til helsepersonell og helsetjenesten.

Hovedvilkårene for å gi deg en advarsel i medhold av helsepersonelloven § 56 første ledd er oppfylt. Statens helsetilsyn skal foreta en skjønnsmessig vurdering av om du skal gis en advarsel. En slik vurdering skjer med utgangspunkt i formålet med å gi advarsel som er å reagere på alvorlige overtredelser av helsepersonelloven. Reaksjonen skal bidra til å fremme kvalitet i helsetjenesten, pasientsikkerhet og bidra til å forhindre fremtidige pliktbrudd.

Statens helsetilsyn ser alvorlig på at du har opptrådt grenseoverskridende overfor en pasient. Du har utvist en mangelfull vurderingsevne som sykepleier ved å blande sammen dine roller som behandler og privatperson.

Vi har sett hen til at du erkjenner å ha opptrådt uprofesjonelt og at du ikke har klart å sette de nødvendige grensene i relasjonen. Statens helsetilsyn finner likevel, etter en samlet vurdering, at forholdene i saken er så alvorlige at du skal gis en advarsel.

#### Vedtak

Statens helsetilsyn gir deg i medhold av helsepersonelloven § 56 første ledd en advarsel for brudd på lovens § 4.

.....

Se hele saken ved å gå inn på <https://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynssaker/Sykepleier-fikk-advarsel-for-privat-forhold-til-pasient/>

Referansekode i 'Helserådet': HRE 2016-2. Stikkord: Tilsynssak. Privat forhold til pasient.



**Helsedirektoratet**

19.1.2016

## Folkehelsepolitisk rapport – Indikatorer for det tverr-sektorielle folkehelsearbeidet

Utgitt: 19.01.2016 IS-nummer: IS-2776 Type: **Rapporter**

[Last ned PDF \(2,9 MB\)](#) (klikkbar lenke)

Rapportene gir en samlet oversikt over utviklingen på samfunnsområder som har betydning for helse og helseforskjeller.

I samarbeid med en rekke andre sektorer beskriver rapportene utviklingen på områdene:

- Økonomiske levekår
- Sosial støtte, deltagelse og medvirkning
- Trygge og helsefremmende miljøer
- Sunne valg
- Oppvekst
- Arbeidsliv
- Lokalt folkehelsearbeid

Rapportene belyser i hvilken grad virkemidler og tiltak på disse områdene bidrar til en jevnere fordeling av goder og ressurser – og dermed også til mindre helseforskjeller? Den handler først og fremst om de forhold som skaper og påvirker vår helsetilstand, og ikke om forskjeller i helseutfall slik som sykdom og forventet levetid.

#### Strategier og handlingsplaner

[Gradientutfordringen – Helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse](#) (klikkbar lenke)

( <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/gradientutfordringen-helsedirektoratets-handlingsplan-mot-sosiale-ulikheter-i-helse> )

Folkehelsepolitisk rapport 2015(PDF-dokumentet):

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1130/Folkehelsepolitisk-rapport-2015-IS-2776.pdf>

Referansekode i 'Helserådet': HST 2016-5. Stikkord: Folkehelsepolitisk rapport.



# Avviksmeldinger

**Helen Brandstorp** ved NSDM, Tromsø gjør i en e-post-melding på eyr 29. januar oppmerksom på følgende:

Hvordan fungerer egentlig det viktige kvalitetsikringsystemet avviksmeldinger i kommunene ved utskrivning fra sykehus? Birgit Abelsen og Margrete Gaski ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin har sett på dette og funnet at praksis er sprikende både i kommuner og i sykehus.

Samtidig er revidert forskrift om styringssystem for helse- og omsorgstjenestene ute på høring og vi har sendt inn et svar.

Begge deler kan leses her: [http://www.nsdm.no/nyheter\\_cms/2016/januar/sprikende-avvikshaandtering/645](http://www.nsdm.no/nyheter_cms/2016/januar/sprikende-avvikshaandtering/645)

Trenger vi å bruke vesentlig mer ressurser på å bygge trygge, lokale pasientsikkerhetskulturer? Tilliten til avvikssystem varierer åpenbart mye.

Elisabeth Swensen skriver om hvordan hun som leder bevisst gjør enkle, men effektfulle grep i Seljord - og samtidig anser at trygghet i jobben er et felles anliggende: <http://tidsskriftet.no/article/3442158>

**Jan Emil Kristoffersen** følger opp meldingen med følgende på eyr:

Her er i hvert fall en forsk og lesverdig artikkel fra BMJ Quality and Safety:

<http://qualitysafety.bmj.com/search?fulltext=how+safe+is+primary+care&submit=yes&x=7&y=5>

"Nine systematic reviews and 100 primary studies were included. Studies reported between <1 and 24 patient safety incidents per 100 consultations. The median from populationbased record review studies was 2–3 incidents for every 100 consultations/records reviewed. It was estimated that around 4% of these incidents may be associated with severe harm, defined as significantly impacting on a patient's well-being, including long-term physical or psychological issues or death (range <1% to 44% of incidents). Incidents relating to diagnosis and prescribing were most likely to result in severe harm."

Referansekode i 'Helserådet': KVA 2016-2. Stikkord: Avviksmeldinger. Swensen, Elisabeth. NSDM.

*Fra danske Sundhedsstyrelsen 20.1.2016:*

## Forebyggelsen er styrket i kommunerne

Kommunerne har foretaget et tigerspring på baggrund af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker, viser en ny undersøgelse. Tobak, fysisk aktivitet og alkohol er de områder, der er nået længst.

Der er sket en positiv udvikling inden for kommunernes arbejde med sundhedsfremme og forebyggelse, og Sundhedsstyrelsens 11 forebyggelsespakker har haft en stor betydning for kommunernes arbejde med den borgerrettede forebyggelse.

Det viser en ny rapport, som Statens Institut for Folkesundhed har lavet på baggrund af en undersøgelse i kommunerne i perioden fra 2013 til 2015. Der er sket en markant positiv udvikling i forhold til kommunernes indsats om blandt andet mad og måltider, tobak, alkohol og fysisk aktivitet samt mental sundhed.

Enhedschef for Forebyggelse Jette Jul Bruun glæder sig over, at forebyggelsespakkerne er blevet så godt modtaget af kommunerne: "Med forebyggelsespakkerne har kommunerne fået et godt overblik over, hvad der er klogest at gøre for at fremme sundheden i kommunen. Vi er glade for at se, at kommunerne har brugt forebyggelsespakkerne til at prioritere indsatsen, så borgerne får de bedste tilbud"

### TOBAK ER DET MEST PRIORITEREDE OMRÅDE

46 procent af kommunerne vurderer, at de lever op til anbefalingerne på tobaksområdet mod 28 procent i 2013. Tobak er dermed et af de højest prioriterede forebyggelsesområder i kommunerne. Det kan ses på konkret ved at:

- En større andel af kommunerne har krav om 100 procent røgfrihed i beskæftigelsesindsatser, dagpleje og familiepleje.
- Næsten alle kommuner tilbyder en vifte af rygestoptilbud målrettet forskellige grupper af borgere.
- Kommunerne i større udstrækning laver opsigende rekruttering til rygestoptilbud.

Mental sundhed er desuden et af de indsatsområder, som kommunerne har haft fokus på i perioden fra 2013 til 2015. Således vurderer 29 pct. af kommunerne, at de i dag lever op til anbefalingerne mod 14 pct. i 2013.

Kommunerne vurderer samtidig, at forebyggelsespakkerne har øget kvaliteten af arbejdet.

Center for Forebyggelse i praksis i KL (CFP) har understøttet kommunernes arbejde med forebyggelsespakkerne igennem de seneste tre år. I forbindelse med økonomiaftalen mellem regeringen og KL for 2016 blev det besluttet at fastholde centeret de næste tre år. Center for Forebyggelse i praksis vil bruge viden fra rapporten i arbejdet med at støtte kommunernes indsats de næste tre år.

### INFORMATION OM KORTLÆGNINGEN

Rapporten bygger på spørgeskemabesvarelser fra 94 kommuner samt uddybende interview med 10 udvalgte kommuner.

Kortlægningen er gjennomført af Center for Interventionsforskning ved Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, og spørgeskemaet er utviklet i samarbejde med Sundhedsstyrelsen og Center for Forebyggelse i praksis i KL. Undersøgelsen er finansiert af Sundheds- og Eldreministeriet.

## LINKS

[Kortlægning af kommunernes arbejde med implementering af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker](#)

[Faktaark forebyggelsespakker](#)

Referansekode i 'Helserådet': MET 2016-7. Stikkord: Forebyggende arbeid. Danmark.



*Einar Braaten: Kommunelegens blogg 23.1.2016:*

## Kommuneleger mot mobbing

Noen ganger er det fristende å skrive om forhold som kan være ganske personlige i bloggen. Jeg er opptatt av at innholdet her skal ha med jobben min å gjøre. Den ble opprettet som en dagbok hvor medisinstudenter kunne lese litt om hverdagen min for å få litt innblikk i hvordan en kommunelege kan ha det på jobb.

Noen av de fagområdene jeg jobber med har jeg allikevel fått veldig nært på kroppen. Jeg har f.eks. en god grunn til å være spesielt opptatt av mobbing og rettferdighet. Jeg har opplevd både mobbing av barn i skole og voksne i jobb i nær familie. Jeg kan lett skjønne at andre ikke forstår hvor vanskelig det kan være å bli mobbet. Spesielt fordi mobbing og trakassering rammer deg som person der det gjør mest vondt og fordi en som blir mobbet alltid vil prøve å unngå å vise at det gjør vondt overfor andre.

Det er mye forskning på mobbing. Det er grundig slått fast hvor skadelig det er for helsa til de som blir mobbet. Vi kjenner alvorlige konsekvenser for enkelte som tar livet av seg eller til og med dreper andre. Det vanligste er at svært mange bare holder problemene inni seg. PTSD, depresjon, selvskadning, angst er bare noen symptomer mobbeofrene kan få. De fleste blir preget av det resten av livet.

Noe av det verste ved å bli mobbet er at det er vanskelig å få hjelp til å få stoppet mobbingen. Ofte blir mobbeofrene sett på som en del av mobbingen fordi de reagerer på mobbingen og tar igjen, i begynnelsen. Både for skoleledelse og i arbeidslivet kan det være vanskelig å ta mobbeofferets side fordi de jo som oftest har prøvd å ta igjen med de som mobber. Det oppstår en slags feilaktig rettferdighetstanke hos de som skal behandle slike saker hvor man leter etter feil både hos mobber og mobbeoffer. Men mobbing kan aldri rettferdiggjøres. Vi må aldri akseptere mobbing som en reaksjon overfor andre uansett hvordan mobbeofferet ser ut, oppfører seg eller har annerledes holdninger. Mobbing rammer alle typer mennesker. Det er ingen logikk i hvem som blir "plukket ut"

Mobbing er farlig for den som blir mobbet, men også for miljøer som stilltiende aksepterer at noen blir mobbet eller trakassert.

Det står ofte ord mot ord når noen blir mobbet på jobb. Hva gjør man når ledelsen sjøl er desom trakasserer en ansatt og bidrar til mobbingen? Hvor går grensene for hva som er mobbing på arbeidsplassen? Hvordan skal man bevise at man blir mobbet? Jeg har sjøl vært vitne til hvordan en arbeidsplass kan mobbe en person ut av arbeidet og sett hvor skadelig det kan være for helsa til den som blir mobbet. Et sykt arbeidsmiljø kan framstå utad som effektivt, tøft og målrettet men hvor ledelsen kun tillater egne meninger og avgjørelser og ansatte ikke tør si imot eller stå imot.

Sjøl i et ideelt rettferdig system får mobbeofferet vanskelig med å bli trodd fordi det ofte er flere på mobbernes side som støtter hverandre. Som mobbeoffer i en jobb hvor ledelsen mobber er det egentlig bare en ting som hjelper: Slutt i jobben før du får helseproblemer! Dessverre vet vi nå at mobbing kan starte så tidlig som i barnehagen. Til og med små barn kan mobbe andre! Mange barnehager og skoler har vært, og er, flinke med å lage planer og tiltak mot mobbing. Mobbing er allikevel en stor utfordring fordi man kan ikke hvile i sitt arbeid med å motvirke mobbing. Hvilker man litt på fokuset mot mobbing blusser det opp igjen. Jeg vil påstå at det ikke finnes noen skoler uten mobbing!

Forskning har vist flere tiltak som er effektivt mot mobbing:

- Venner, kolleger, elevene som er godt likt og foregangsfigurer som reagerer på tendens til mobbing og går inn i mobbesituasjoner og forsvarer mobbeofferet er mest effektivt.
- Sanksjoner mot de som mobber er også effektivt.

Regjeringen er opptatt av at skolene skal jobbe med kunnskapsbaserte tiltak mot mobbing. [Du kan se litt om det her.](#)

Det finnes også god informasjon om mobbing i arbeidslivet, hva det er og hva man kan gjøre. Se f.eks. [www.jobbingutenmobbing.no](http://www.jobbingutenmobbing.no) eller [denne artikkelen i Tidsskrift for Norsk Psykologiforening](#)

Mobbing ødelegger manges helse. Det er et viktig område å jobbe med å forebygge at mobbing skjer! Derfor mener jeg at dette også må være et høyt prioritert arbeidsområde for kommuneleger. Vi godkjenner barnehager og skoler. Jeg mener vi ikke kan godkjenne en skole etter Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler hvis de ikke kan vise at de arbeider aktivt mot mobbing. Vi gir også råd til ledelsen i kommunen og gjerne til andre arbeidsgivere. Vi må oppfordre til et systematisk arbeide for å sikre varslere på arbeidsplassene og forebygge mobbing.

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2016-8. Stikkord: Mobbing. Braaten, Einar.

## Sammen for større helsekommuner

– Kommunereformen og primærhelsemeldingen er siamesiske tvillinger. Gode helsetjenester krever større og sterkere kommuner, framholdt helseminister Bent Høie og kommunalminister Jan Tore Sanner på helsekonferanse i formiddag.

### Marte Danbolt

Begge brukte den nasjonale helsekonferansen om framtidens helse- og omsorgstjeneste, arrangert av KS og Helse- og omsorgsdepartementet, til å understreke behovet for kommunesammenslåinger.

Sanner underbygde dette med en fersk rapport fra Riksrevisjonen. Her slås det fast at kommunene etter samhandlingsreformen har fått ansvaret for flere og dårligere pasienter uten at de har økt sin kompetanse og kapasitet tilsvarende.

Se hele artikkelen fra [www.kommunal-rapport.no](http://www.kommunal-rapport.no) ved å klikke på <http://kommunal-rapport.no//2016/01/helsekonferansen> .

Referansekode i 'Helserådet': OLE 2016-4. Stikkord: Kommunesammenslutning. Helsekommuner.

---

## Frykter fluorskepsis kan føre oss flere tiår tilbake

(forskning.no 25.1.2016)

– Hvis vi slutter å bruke fluortannkrem, kan en ny folkesykdom blusse opp, mener tannhelseforsker.

**Johanne Røe Mathisen**, førstekonsulent. En artikkel fra [UiT Norges arktiske universitet](http://UiT Norges arktiske universitet)

«Jeg er skeptisk til langtidseffektene av å tilføre kroppen fluor hver dag, selv om det er i små mengder», forteller en småbarnsmor til [VG](#) (klikkbar lenke)

Hun har valgt å holde sine to døtre unna både tannkrem eller munnskyllevann med fluor, og det er hun ikke alene om. Tannlegeforeningen melder at flere har blitt skeptisk til fluor den siste tiden, til tross for at det er veldokumentert at fluor faktisk virker.

– Hvis folk kutter ut fluortannkremen, vil dette kunne føre oss flere tiår tilbake i tid, mener Linda Stein, førsteamanuensis ved Institutt for klinisk odontologi ved UiT – Norges arktiske universitet.

Hun er bekymret for at folkesykdommen karies skal blusse opp igjen. Det er ikke så veldig mange år siden det hørte til sjeldenhetene at man fikk beholde tennene hele livet. Gebiss var faktisk en vanlig konfirmasjonsgave. Det er nok de færreste av oss som ønsker oss tilbake til slike tilstander.

- Les også: [Er fluor i tannkrem farlig?](#)

### Bedre tannhelse etter innføringen av fluor

På folkemunne sier vi at det er fluor i tannkremen, men hvis vi skal være helt korrekte, er virkestoffet det er snakk om natriumfluorid (NaF).

Natriumfluorid har lite å gjøre med den farlige gassen fluor vi av og til hører om og er heller ikke det samme som de skumle hormonforstyrrende fluorstoffene. Riktig nok er både fluor og fluorid skadelig i store doser, men da skal det veldig mye mer enn litt tannkrem til.

Og det er nettopp innføringen av tannkrem med fluorid på 1970-tallet vi kan takke for at vi fikk langt bedre tannhelse.

Se hele artikkelen fra forskning.no ved å klikke på <http://forskning.no/forebyggende-helse-tenner/2016/01/frykter-fluorskepsis-kan-fore-oss-flere-tiar-tilbake> .

Referansekode i 'Helserådet': PER 2016-3. Stikkord: Fluortannkrem. Natriumfluorid.

---

**DAGENS**  
**Medisin** KRONIKK 25.1.2016

## Alzheimers sykdom: Dårlig munnhygiene en medvirkende årsak

Periodontitt er en snikende sykdom som rammer mange, og nyere forskning beskriver periodontitt som en medvirkende årsak til Alzheimers sykdom.

**FORDI DEN** patologiske prosessen med avleiring av amyloide plakk i hjernen ved Alzheimer kan starte flere tiår før de kliniske symptomene, kan det være klokt å satse på umiddelbare tiltak.

I de komplekse mikrobefunn som oral biofilm/plakk huser, er det påvist over 700 bakteriearter. Her er bakterier og andre mikrober skjernet mot vertens forsvarsmekanismer og farmakoterapi. Om lag 90 prosent av våre mikrober huses i biofilm/plakk.

Oral biofilm/plakk er utgangspunktet for lokale sykdommer som marginal og apikal periodontitt. Munnhulens mikrober kan imidlertid også spre seg systemisk og bidra til avleiring av plakk og inflammatoriske vevsskader, som kan føre til sykdommer som hjerte- og karlidelser, leddgikt og demens. Best fastslått er sammenhengen ved kardiovaskulære lidelser, men dokumentasjonen er økende ved for eksempel Alzheimers sykdom.

Se hele artikkelen fra Dagens Medisin ved å klikke på [http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/01/25/alzheimers-sykdom-darlig-munnhygiene-en-medvirkende-arsak/?utm\\_source=apsis-anp-3&utm\\_medium=email&utm\\_content=unspecified&utm\\_campaign=unspecified](http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/01/25/alzheimers-sykdom-darlig-munnhygiene-en-medvirkende-arsak/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified).

Referansekode i 'Helserådet': PER 2016-4. Stikkord: Munnhygiene. Periodontitt. Alzheimer.

Fra Gemini.no Forskningsnytt fra NTNU og SINTEF 20.1.2016

## Østrogenilskudd kan redusere risikoen for demens

Kvinner som tar østrogenilskudd fra starten av overgangsalderen og fortsetter med det i noen år, kan ha redusert risiko for demens.

Av **Anne Sliper Midling**

**ØSTROGENTILSKUDD:** På verdensbasis rammes en ny person av demens hvert fjerde sekund. I 2010 ble det anslått at 36 millioner hadde demenssykdom.

Nå viser funn i en doktorgradsavhandling fra NTNU at østrogenilskudd kan redusere risikoen for demens hos kvinner.

– Østrogenilskudd kan ha en positiv effekt mot demens hvis kvinnene starter tidlig nok med behandlingen, sier Carl Pintzka, lege og doktorgradsstipendiat ved NTNU.



Først fant Carl Pintzka ut at menn har bedre stedsans enn kvinner. Nå har han studert østrogenilskudd og demens. Foto: NTNU

Klikk her for å åpne:

Funnet er publisert i tidsskriftet *Neurobiology of Aging*.

Et utvalg på 80 kvinner som hadde brukt østrogenilskudd gjennom overgangsalderen ble sammenlignet med 80 kvinner som aldri hadde brukt østrogenilskudd. Alle hadde deltatt i Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag.

Se hele artikkelen fra Gemini.no ved å klikke på <http://gemini.no/2016/01/ostrogenilskudd-kan-reducere-risikoen-for-demens-2/>.

Referansekode i 'Helserådet': PSY 2016-4. Stikkord: Demens. Østrogener.

## Mors hodepinetabletter kan gjøre døtre mindre fruktbare

(forskning.no 21.1.2016)

Paracetamol i svangerskapet kan gi redusert fruktbarhet for jenta i magen, tyder en musestudie på. Forskerne mener at funnene kan være overførbare til mennesker.

**Sedsel Brøndum Lange**, journalist i videnskab.dk

Forskere har tidligere vist at stoffet **paracetamol øker risikoen for at guttebarn blir født med misdannede kjønnsdeler**. Nå viser ny forskning at stoffet kanskje også påvirker jentefostre, slik at det kan bli vanskeligere for dem å bli gravide når de blir voksne.

Den nye studien er gjort på mus og viser tydelige resultater. Hunnmusene manglet halvparten av eggene sine hvis moren hadde fått paracetamol under graviditeten.

– Når vi ser noe som er så påfallende hos mus, er det absolutt mulig at noe lignende gjelder mennesker. Spesielt tatt i betraktning at vi allerede vet at stoffet påvirker guttebarn, sier David Møbjerg Kristensen, som er forsker ved biologisk institutt ved Københavns Universitet. Han er forfatter av studien sammen med doktorgradstudent Jacob Bak Holm.

Se hele artikkelen samt en del relatert materiale fra forskning.no ved å klikke på <http://forskning.no/svangerskap/2016/01/mistanke-mors-hodepinetabletter-senker-jentefostres-fertilitet>.

Referansekode i 'Helserådet': SEX 2016-5. Stikkord: Fertilitet. Paracetamol.

**DAGENS**  
**Medisin** 18.1.2016

## Frykter e-sigaretter blir trendy

Norsk samfunnsmedisinsk forening og Leger i samfunnsmedisinsk arbeid går imot regjeringens forslag om salg i Norge.

Målfrid Bordvik, [malfрид.bordvik@dagensmedisin.no](mailto:malfрид.bordvik@dagensmedisin.no)

Regjeringen vil tillate salg av nikotinholdige (20 mg) e-sigaretter i Norge. I fjor sendte helseminister Bent Høie (H) forslaget ut på høring. Svarfristen går ut i dag, og hittil er det kommet inn **over 50 høringsvar** til Helse – og omsorgsdepartementet.

Rundt 50.000 nordmenn røyker i dag e-sigaretter, og mange bruker det som et hjelpemiddel for å slutte å røyke. Dersom forslaget fra Høyre og Frp blir vedtatt vil forbrukerne slippe å måtte kjøpe e-sigaretter med nikotin på internett.

### «Paradoks»

Norsk forening for allmennmedisin har tidligere uttalt seg **positive til forslaget**, men både Norsk samfunnsmedisinsk forening (Norsam) og Leger i samfunnsmedisinsk arbeid (LSA) går imot forslaget. «Vi ser ingen gode grunner til at vi skal tillate nye røykeprodukter på det norske markedet», skriver foreningene.

«Hvis myndighetene er opptatt av at røyking skal denormaliseres er det et stort paradoks at man her vil tillate nye røykeprodukter». Legeforeningene frykter at en slik liberalisering vil føre til en «kraftig økning i bruken» av e-sigaretter. «Dette fordi produktet er billig og har begynt å bli «trendy», hevder foreningene. De viser til at omfanget av skadevirkningene ikke er tilstrekkelig og at man derfor bør mane til forsiktighet.

### Kreftforeningen sier ja

Kreftforeningen støtter derimot salget av elektroniske sigaretter som et ledd i å fase ut røyk.

«Kreftforeningen mener at det å tillate salg av e-sigaretter med nikotin kan bidra til utfasingen av røyk raskere i Norge, og vi er derfor positive til å åpne slikt salg», skriver generalsekretær Anne Lise Ryel.

Hun viser til at e-sigaretter er vesentlig mindre helseskadelig enn tobakksrøyk, og ser verdien av at etablerte røykere delvis eller helt kan erstatte røyken med e-sigaretter.

### SIRUS: Tilfreds med strategien

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) har lenge ment at e-sigarettene bør ha minst like god tilgjengelighet som tobakken i norske butikker, og hilser regjeringen «velkommen etter» i sitt høringsvar.

«SIRUS har argumentert for at skadereduksjonsideologien bør tas i bruk på tobakksområdet, og er tilfreds med at denne strategien nå aksepteres i autoritative rapporter og høringer fra departementet», skriver SIRUS i sitt over 20 sider lange svar.

### Forbudt i offentlige rom

Flere organisasjoner, blant dem Fagforbundet, Landsorganisasjonen i Norge og Foreldreutvalget for grunnopplæringen (FUG) skriver at de «ikke ønsker å kommentere» forslaget.

Dagens tobakkskadelov inneholder ikke et forbud mot bruk av e-sigaretter i arbeidslokaler og andre offentlige rom, slik Dagens Medisin **tidligere har omtalt**.

Regjeringen vil nå gjøre det forbudt for e-sigarettrøykere å dampe på munnstykkene sine på steder der røykeforbudet gjelder. I tillegg skal e-sigarettene utstyres med helseadvarsler.

Du får også tilgang til denne artikkelen samt en del relaterte kommentarer ved å klikke på

[http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/01/18/frykter-e-sigaretter-blir-trendy/?utm\\_source=apsis-anp-3&utm\\_medium=email&utm\\_content=unspecified&utm\\_campaign=unspecified](http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/01/18/frykter-e-sigaretter-blir-trendy/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified).

Referansekode i 'Helserådet': TOB 2016-8. Stikkord: e-sigaretter.

**Danske Sundhedsstyrelsen 21.1.2016:**

## Katalog skal inspirere kommuner til at forebygge unges rygning

Sundhedsstyrelsen har afsluttet satspuljeprojektet "Rygning – skod det nu" med en evaluering og et katalog til kommunerne, der giver inspiration til indsatser på skoler og ungdomsuddannelser fremover.

Satspuljeprojektet "Rygning- Skod det nu" løb fra 2013 til 2015. Formålet med projektet var at udvikle og implementere en flerstrengt national model til at forebygge rygning blandt unge. Erfaringerne viser nemlig, at flere små indsatser, der bliver implementeret på flere niveauer samtidig, tilsammen har en god effekt i forhold til at forebygge rygning blandt unge.

Evalueringen fra projekt "Rygning – Skod det nu" har vist, at opbakning til indsatsen både blandt medarbejdere og ledelse er meget væsentlig for at kunne gennemføre indsatsen samt, at det er vigtigt, at skolen har en aktiv tobakspolitik, der bliver håndhævet og opdateret løbende.

Inspirationskataloget bygger videre på erfaringerne fra evalueringen ved at give inspiration til hele processen, fra start til slut, både i forhold til planlægningen og til formidlingen undervejs.

### LINKS

[Evaluering](#)

[Inspirationskatalog](#)

Referansekode i 'Helserrådet': TOB 2016-9. Stikkord: Røykeslutt. Ungdom.



## Ikke flertall for røykesluttrefusjon

Flertallet i Stortingets helse- og omsorgskomite vil ikke ta inn legemidler mot nikotinavhengighet i blåreseptordningen.

Øyvind Bosnes Engen, [oyvind.bosnes.engen@dagensmedisin.no](mailto:oyvind.bosnes.engen@dagensmedisin.no)

Blant tiltakene i Legemiddelmeldingen foreslår regjeringen å åpne for blåreseptrefusjon av legemidler mot ereksjonssvikt og rusavhengighet. Dette foreslår helseministeren å gjøre gjennom en endring i legemiddelforskriftens paragraf 14-14 – den såkalte moralparagrafen (se faktaboks).

I kjølvannet av dette har flere helsepolitikere tatt til orde for at også legemidler mot nikotinavhengighet bør kunne gis på blå resept. I Stortingets helse- og omsorgskomite ble det imidlertid ikke flertall for å ta inn røykesluttlegemidler i blåreseptordningen. Det kom frem da komiteen avga sin innstilling til Legemiddelmeldingen torsdag.

Se hele artikkelen fra Dagens Medisin ved å klikke på [http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/01/21/forslag-om-roykesluttrefusjon-fikk-ikke-flertall/?utm\\_source=apsis-anp-3&utm\\_medium=email&utm\\_content=unspecified&utm\\_campaign=unspecified](http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/01/21/forslag-om-roykesluttrefusjon-fikk-ikke-flertall/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified).

Referansekode i 'Helserrådet': TOB 2016-10. Stikkord: Røykeavvenning. Røykesluttrefusjon.

**Danske Sundhedsstyrelsen 18.1.2016:**

## Markant fald i tilslutningen til HPV-vaccinen

Tilslutningen til HPV-vaccination af 12-årige piger i børnevaccinationsprogrammet ser fortsat ud til at falde. Det viser nye tal, som Statens Serum Institut offentliggør i dag.

Den nye opgørelse over tilslutningen inkluderer vaccinationer givet til og med medio november 2015. Opgørelsen viser, at kun 24 % af piger født i 2003 har fået den første HPV-vaccination. En tilsvarende opgørelse for samme periode i 2014 for piger født i 2002 viste, at 49 % havde fået første stik.

Det skal dog understreges, at piger født i 2003 stadig kan nå at blive færdigvaccineret, da det gratis tilbud gælder indtil man fylder 18 år. Afdelingslæge i Sundhedsstyrelsen Bolette Søborg er bekymret for udviklingen.

"Hvis andelen, der er beskyttet med vaccinen, falder, så må vi desværre forvente at se flere tilfælde af livmoderhalskæft og flere kvinder, der dør af livmoderhalskæft. Det er vigtigt, at pigerne får vaccinen så tidligt, at de er fuldt beskyttet, før de bliver udsat for risiko for smitte med HPV-virus ved seksuel debut. Det er derfor, vi anbefaler, at piger bliver vaccineret i 12-års alderen".

Bolette Søborg tilføjer samtidig, at Sundhedsstyrelsen til stadighed arbejder på at forklare forældre og børn, at HPV-vaccinen løbende bliver overvåget og evalueret, og at Sundhedsstyrelsen fortsatt vurderer, at fordelene ved vaccination langt overstiger mulige bivirkninger.

I efteråret offentliggjorde først Det Europæiske Lægemiddelagentur (EMA) og siden Verdenssundhedsorganisationen WHO hver deres sikkerhedsvurdering af HPV-vaccinerne. Resultatet af begge undersøgelser var, at der ikke blev fundet sammenhæng mellem HPV-vaccinerne og syndromerne POTS og CRPS.

I Sundhedsstyrelsen håber afdelingslæge Bolette Søborg, at rapporterne kan hjælpe med at gøre forældre mere trygge.

”Der er ingen tvivl om, at debatten om vaccins mulige bivirkninger har fyldt meget i mediebilledet. Jeg forstår godt, hvorfor nogle forældre har valgt at udskyde vaccination af deres datter. Vi håber derfor, at de nye grundige vurderinger kan genskabe tilliden til HPV-vaccinen i børnevaccinationsprogrammet, og at forældre vil vælge at få vaccineret deres datter, også selvom hun er blevet ældre end de 12 år.

Sundhedsstyrelsen udsender snart en ny pjese om HPV-vaccination med information til både sundhedspersonale og forældre. Samtidig er Sundhedsstyrelsen på vej med nye anbefalinger. Det sker i samarbejde med de fem regionale afdelinger, der har fået til opgave at tage sig af piger med uforklarede symptomer, som har mistanke om, at symptomerne kan skyldes bivirkninger efter HPV-vaccination.

Anbefalingerne skal sikre, at pigerne modtager et hensigtsmæssigt tilbud, der er ensartet på tværs af landet.

#### LINK

Statens Serum Institut: [Fald i tilslutningen til HPV-vaccination](#)

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016-19. Stikkord: HPV-vaksine.



**Helsedirektoratet**

26.1.2016

## Nordisk samarbeid om flåttoverførte sykdommer

Et nordisk samarbeid om flåttoverførte sykdommer skal føre frem til enighet om diagnose og behandling for pasienter med lange og uavklarte tilstander.

I oktober 2015 arrangerte Helsedirektoratet og Nasjonal kompetansetjeneste for flåttbårne sykdommer et nordisk møte om diagnostikk og behandling av flåttoverførte infeksjoner, med deltakere fra Norge, Sverige, Danmark og Finland.

Helsedirektoratet vil i samarbeid med Folkehelseinstituttet og Nasjonal kompetansetjeneste for flåttbårne sykdommer nå sette ned en gruppe som skal se nærmere på diagnostikk og behandling av borreliose og andre flåttoverførte sykdommer. Pasient- og brukerrepresentanter vil bli invitert til å delta. Gruppen vil starte sitt arbeid i løpet av våren 2016, og ha særlig fokus på pasienter med langvarige og uavklarte tilstander. Arbeidet skal lede frem til et nordisk konsensusmøte i 2017. Intensjonen er nordisk enighet om diagnose og behandling, med særlig vekt på pasienter med langvarige og uavklarte tilstander.

#### Andre punkter fra det nordiske møtet i oktober 2015:

- Retningslinjer: Det er liten forskjell i de nordiske landenes retningslinjer for diagnostikk og behandling av neuroborreliose. Det finnes gode europeiske retningslinjer, og det var på møtet enighet om at det ikke er behov for egne nordiske retningslinjer.
- Overvåking: Måten å overvåke borreliainfeksjoner på varierer mellom de nordiske land, og forekomst kan ikke sammenlignes direkte fra land til land.
- Pasienter med langvarige symptomer: Noen pasienter har vedvarende symptomer etter behandling, og det er behov for mer forskning for å finne ut hvordan man best ivaretar denne gruppen.
- Skogflåttencefalitt: Det er behov for økt bevissthet blant helsepersonell om skogflåttencefalitt (TBE). Melding av TBE bør følge kriterier fra det europeiske smittevernsenteret (European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)).
- Andre flåttoverførte sykdommer: Flått kan overføre andre sykdommer utover borreliose og TBE (f. eks. anaplasmose, rickettsiose, bartonellose, babesiose, neoehrlichia infeksjon, tularemie). Det diagnostiske tilbudet av disse sykdommene varierer i de nordiske landene, og det kan være grunn til å samordne mer enn i dag. Laboratoriediagnostikk for disse infeksjonene må vurderes ut fra relevante sykehistorier.

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016-29. Stikkord: Flått. Flåttbårne sykdommer.



**Helsedirektoratet**

26.1.2016

## God gjennomsnitthelse og uakseptable sosiale forskjeller

Den norske gjennomsnittshelse er god. Vi lever lenger og har flere leveår med god helse enn tidligere. Samtidig har vi fremdeles uakseptable sosiale forskjeller i helse.

Dette fremkommer i [Folkehelsepolitisk rapport 2015](#) (klikkbar lenke), som helsedirektør Bjørn Guldvog i dag overrakte til Helse- og omsorgsdepartementet. Rapporten er en samlet oversikt over viktige påvirkningsfaktorer for befolkningens helse utenfor helsesektoren. Økonomiske forskjeller, fattigdom, utdanning, arbeidslivstilknytning, lokal tilrettelegging for aktivitet og pris og tilgjengelighet på sunne varer beskrives i rapporten som svært viktige faktorer i forebyggingsarbeidet.

– Det er de ikke-smittsomme sykdommene, som hjerte og karsykdommer, diabetes, kreft, kols og psykiske lidelser som truer befolkningens helse og livskvalitet i vår tid. Mye kan forebygges, og vi må anerkjenne betydningen av arbeidet i andre sektorer enn nettopp vår egen. Det er nødvendig at vi i folkehelsearbeidet følger med på utviklingen på mange samfunnsområder, sier Bjørn Guldvog.

### Frafall i videregående en stor utfordring

Det overordnede bildet av folkehelsens påvirkningsfaktorer som tegnes i rapporten, er positivt. Norge er et godt land å bo i, inntektsforskjellene er relativt små, en stor andel av befolkningen er i arbeid, de fleste barn har tilgang på barnehage og elevene trives i skolen. Men vi har likevel utfordringer, kanskje særlig når det gjelder fordelingen av velferdsgoder. Det er betydelige sosiale forskjeller i arbeidsmiljøbelastninger, og frafallet fra videregående opplæring er høyt og stabilt.

– Prestasjonene til elevene henger tett sammen med foreldrenes utdanningsbakgrunn, og andel elever som ikke fullfører videregående opplæring i løpet av 5 år har ligget ganske stabilt på rundt 30 prosent siden 90-tallet. Det er svært bekymringsverdig at vi ikke lykkes i å redusere frafallet når vi vet at denne faktoren spiller så stor rolle for hvilken retning livet og helsen vil utvikle seg i på sikt. Vi vet at ekstra innsats og målrettet jobbing både kan bidra til å utjevne prestasjonsforskjellene og forebygge at elever faller ut av skolen.

### Kommunene tar folkehelsemeldingen på alvor

Etter at Folkehelseloven trådte i kraft i 2012 har det lokale folkehelsearbeidet fått et stort løft. Over halvparten av norske kommuner har, eller er i ferd med å utarbeide egne oversikter over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. I 49 prosent av kommunene har oversikten lagt grunnlaget for prioriteringer, og 85 prosent av kommunene svarer at de har en egen folkehelsekoordinator.

– Det er positivt at kommunene ser at tilrettelegging lokalt er viktig. Myndighetene har en viktig oppgave med å kartlegge, utvikle nasjonale strategier og tiltak og legge føringer. Men det er i lokalsamfunnet den reelle helseutviklingen skjer; på skolene, på arbeidsplassene, i nærmiljøet, i helsetjenesten. Det er disse arenaene som legger grunnlaget for valgene vi tar og for helsen vår på kort og på lang sikt. Det er viktig at både vi og kommunene finner treffsikre tiltak slik at engasjementet omsettes i enda bedre folkehelse og reduksjon i sosiale ulikheter, sier Guldvog.

Referansekode i 'Helserådet': ULI 2016-3. Helsetilstanden i landet.

### Sundhedsstyrelsen 22.1.2016:

## Børn og unge med særlige behov skal have mulighed for at deltage i det organiserede idrætsliv

Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen har samlet erfaringer med, hvordan kommuner og andre kan hjelpe børn og unge med særlige behov til at deltage i idræt, i et inspirationskatalog.

Ca. 86 % af alle børn og unge mellem 7-15 år i Danmark er aktive i det organiserede forenings- og idrætsliv. Men der findes en gruppe børn og unge, som af forskellige årsager ikke har mulighed for at tage del i idræt i samme grad som deres jævnaldrende.

Derfor giver et nyt katalog "Tilbud der gør en forskel – idræt til børn og unge med særlige behov" erfaringerne videre fra række projekter og initiativer, om hvordan en indsats kan gribes an. Der er både beskrivelser af, hvordan kommuner og foreninger selv kan stå for at få børn og unge tilknyttet det organiserede idrætsliv, og af hvordan de kan støtte dem i at deltage.

Gruppen med særlige behov omfatter børn og unge med ADHD og andre udviklings-/adfærdforstyrrelser samt kriminalitetstruede unge. Fælles for dem er, at de typisk ingen erfaringer har med at deltage i en forening og samtidig har udfordringer, der kræver særlige hensyn. Det er ofte ikke en manglende interesse, der afholder børnene og de unge fra at deltage i det organiserede idrætsliv, men fysiske, praktiske eller sociale forhold.

Der er begrænset viden om effekterne af, at børn og unge deltager i det organiserede foreningsliv. Erfaringerne peger dog på, at de bliver bedre til at indgå i sociale sammenhænge og knytte relationer. Desuden øger de deres følelse af tilhørsforhold og får mod på at afprøve nye aktiviteter. Samtidig viser flere undersøgelser, at der er en sammenhæng mellem børns trivsel og graden af fysisk aktivitet, og flere undersøgelser indikerer desuden en positiv sammenhæng mellem fysisk aktivitet og koncentration og indlæringssevne. Fysisk aktivitet har således nogle gevinster for børn og unge.

### MATERIALE

[Tilbud der gør en forskel - idræt til børn og unge med særlig behov](#)



"Tilbud der gør en forskel – idræt til børn og unge med særlige behov" kan desuden bestilles hos Rosendahls-Schultz Distribution, telefon 70 26 26 36 eller via e-mail: [distribution@rosendahls.dk](mailto:distribution@rosendahls.dk) mod betaling af porto og ekspeditionsgebyr.

Du får også tilgang til denne artikkelen samt en del relatert materiale ved å klikke på <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2016/boern-og-unge-med-saerlige-behov-skal-have-mulighed-for-at-deltage-i-det-organiserede-idraetsliv>.

Referansekode i 'Helserådet': UNG 2016-7. Stikkord: Deltagelse. Funksjonshemmede barn.

---

## Barn født på vinteren får dårlige lunger tidligst *(forskning.no 27.1.2016)*

Lungekapasiteten til barn som er født på vinteren, svekkes raskere enn hos barn født på høsten, sommeren eller våren, ifølge forsker. **NTB.**

– Folk har mulighet til å påvirke mye av dette selv. Når de som er født i januar, vet at det er ekstra ille for dem å røyke, kanskje det kan være en motivasjon til å slutte, sier professor Cecilie Svanes ved Universitetet i Bergen til [Bergens Tidende](#) (klikkbar lenke).

Hun har forsket på lunger i 20 år og forsøkt å finne ut hva som påvirker aldring av lunger hos mennesker. I år kom gjennombruddet. – Det mest interessante vi har funnet ut, er at når en er født på året, påvirker hvor god lungefunksjon en får senere i livet, sier Svanes, som har undersøkt folk mellom 40 og 70 år.

Årsaken til at barn født på vinteren raskere får svekket lungekapasitet, som for eksempel dårlig pust, kan være mangel på D-vitaminer i tidlig alder. Også røyking under svangerskapet påvirker barnets lunger senere i livet, ifølge Svanes. Dette er hele artikkelen fra forskning.no. Du får også tilgang til den samt til en del relatert materiale ved å gå inn på <http://forskning.no/helse-barn-og-ungdom/2016/01/forsker-barn-fodt-pa-vinteren-far-darlige-lunger-tidligst>.

Referansekode i 'Helserådet': UNG 2016-8. Stikkord: Vinter. Lungekapasitet. Fødselstidspunkt.

---

HELSETILSYNET

20.1.2016

## Siste tilvekstliste fra biblioteket i Helsetilsynet

Bøker, rapporter og nettdokumenter registrert i biblioteket 14. desember - 20. januar

### Aktivitetsplikt for sosialhjelpsmottakere – virkninger for kommunene

Oslo : Proba samfunnsanalyse, 2016

[Lenke til dokumentet](#)

### Fattigdom og levekår i Norge - Tilstand og utviklingstrekk - 2015/ av Stein Langeland, Therese Dokken og Anders Barstad

Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2016

[Lenke til dokumentet](#)

NAV – en fyrlykt i IA-arbeidet/ Anne Inga Hilsen og Lise Lien

Oslo: Fafo, 2015

[Lenke til dokumentet](#)



Tverrfaglig, annet

### Enhetlig styring i en mangfoldig stat?: en kunnskapsoversikt over betingelser for ledelse, styring, organisering og samordning i staten/ Torstein Nesheim

Bergen: Samfunns- og næringslivsforskning (SNF), 2015

[Lenke til dokumentet](#)

### Ungdata: nasjonale resultater 2014

Oslo: NOVA. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, 2015

[Lenke til dokumentet](#)

### Livslang læring og ansettbarhet for arbeidstakere over 55 år / utarbeidet for Senter for seniorpolitikk

Oslo: Proba samfunnsanalyse, 2015

[Lenke til dokumentet](#)

**Innsyn i forvaltningen – Kompetanse, etterspørsel og makt: evaluering av offentleglova**

Oslo: Oxford Research, 2016

[Lenke til dokumentet](#)**Kartläggning av vetenskapliga studier kring förskrivningsprocessen**

Stockholm: Socialstyrelsen, 2015

[Lenke til dokumentet](#)**Kartläggning om jämställdhet inom social- och hälsopolitik/ Carita Peltonen**

København: Nordiska ministerrådet, 2016

[Lenke til dokumentet](#)**Bedöma barns mognad för delaktighet – Kunskapsstöd för socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt tandvården**

Stockholm: Socialstyrelsen, 2015

[Lenke til dokumentet](#)

2016/1

**Barn og unge i psykoterapi/ Hanne Haavind, Haldor Øvreeide (red.)**

Oslo: Gyldendal akademisk, 2016

**Barnevern****Barnehagen sin meldeplikt til barnevernet/ Britt Marit Stadheim**

Stavanger: Universitetet i Stavanger, 2015

[Lenke til dokumentet](#)**Anbragte unges overgang til voksenlivet: evaluering af fire efterværnsinitiativer under efterværnspakken**

København: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 2016

[Lenke til dokumentet](#)**Adopsjon av barn i fosterhjem – sett ut i fra hensynet til barnets beste/ Jane Kristin Solbrækken**

Lillehammer: Høgskolen i Lillehammer, 2015

[Lenke til dokumentet](#)**– Jeg ble møtt som et menneske, ikke en sak: unges historier om et barnevern som hjalp dem**

Oslo: Redd barna, 2015

[Lenke til dokumentet](#)**Anbragte 15-åriges hverdagsliv og utfordringer - del II: rapport fra tredje dataindsamling af forløbsundersøgelsen af anbragte børn født i 1995/ forfatter(e): Mette Lausten [... et al]**

København K: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 2015

[Lenke til dokumentet](#)**Terskler i barnevernet/ Dag Ellingsen... et al.**

Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet, 2015

[Lenke til dokumentet](#)**Barnevernet - et utfordrende samliv mellom stat og kommune/ Tyra Ekhaugen og Ingeborg Rasmussen**

Oslo: Vista analyse as, 2015

[Lenke til dokumentet](#)**Barnevernets forståelse av farskap/ Anita Skårstad Storhaug**

Trondheim: NTNU, 2015

[Lenke til dokumentet](#)**Ansvarsforhold for barn plassert utenfor hjemmet etter barnevernloven med tjenester som hører inn under annet lovverk/ Kirsten Sandberg**

Oslo: Statens helsetilsyn, 2015

[Lenke til dokumentet](#)**Helse- og omsorgstjenester, spesialisthelsetjenester****Just say sepsis!: a review of the process of care received by patients/ A report by the National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death**

London: National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death (NCEPOD), 2015

[Lenke til dokumentet](#)**Nasjonalt klassifikasjonssystem – sluttrapport fra prosjektet «Felles nasjonalt klassifikasjonssystem for uønskede hendelser»/ Eli Saastad... et al.**

Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015

[Lenke til dokumentet](#)**Bruk av sykehus og spesialisthelsetjenester blant innbyggere med norsk og utenlandsk bakgrunn/ Jon Ivar Elstad, Jon Erik Finnvoll, Inger Texmon**

Oslo: NOVA. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, 2015

[Lenke til dokumentet](#)

**Ældreomsorg i Norden/** Elizabeth Dahler-Larsen [... et al]

Stockholm: Nordens Välfärdscenter, 2015

[Lenke til dokumentet](#)

**Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen**

Oslo: Riksrevisjonen, 2015

[Lenke til dokumentet](#)

**Sentralisering av akuttkirurgi: sykehusopphold og ambulanseaktivitet berørt**

Oslo: Helsedirektoratet, 2015

[Lenke til dokumentet](#)

**Øyeblikkelig hjelp døgnopphold: oppsummering av kunnskap og erfaringer fra de første fire årene med kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold/** Marianne Sundlisæter Skinner

Gjøvik: Senter for omsorgsforskning, 2015

[Lenke til dokumentet](#)

2015/99

**Mortality, morbidity and treatment uptake related to hepatitis C among people who have injected drugs in Norway/** Knut Boe Kielland

Oslo: University of Oslo, Faculty of Medicine, 2015

[Lenke til dokumentet](#)

**Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2015: årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene/** Solveig Osborg Ose, Silje L. Kaspersen

Trondheim: SINTEF helsetjenesteforskning, 2015

[Lenke til dokumentet](#)

**Ti år i legevaktens tjeneste: Nklm 2005–2015** [festskrift]

Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research helse, 2015

[Lenke til dokumentet](#)

**Improving diagnosis in health care/** Erin P. Balogh, Bryan T. Miller, and John R. Ball, Editors; Committee on Diagnostic Error in Health Care; Board on Health Care Services; Institute of Medicine; The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine

Washington, DC: The National Academies Press, 2015

[Lenke til dokumentet](#)

**Råd for vegen videre: sluttrapport/** Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen

Trondheim: Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen, 2015

[Lenke til dokumentet](#)

**Kunnskapsstyrning i eldreomsorg: implementering av och samarbete kring evidensbaserad praktik./** Carina Abrahamson Löfström

Göteborg: FoU Vest, 2015

[Lenke til dokumentet](#)

**Folkehelsepolitisk rapport – Indikatorer for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet**

Oslo: Helsedirektoratet, 2016

[Lenke til dokumentet](#)

Tilsyn, pasientsikkerhet

**Pasientsikkerhet og kvalitet i helsetjenesten i 2015: en undersøkelse med basis i Galluppanelet/** Kirsten Danielsen... et al.

Oslo: Kunnskapscenteret, 2015

[Lenke til dokumentet](#)

**Skolan - både huvudman och vårdgivare: styrning och ledning för elevhälsans medicinska del**

Stockholm: Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO), 2016

[Lenke til dokumentet](#)

**Fråga patienten - nya perspektiv i klagomål och tillsyn: slutbetänkande av Klagomålsutredningen**

Stockholm: Socialdepartementet, 2015

[Lenke til dokumentet](#)

**Enskildas klagomål enligt PSL: en slutredovising av Regeringsoppdraget (dnr S2012/885/SAM)**

Stockholm: Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO), 2015

[Lenke til dokumentet](#)

**NHO-bedrifters erfaringer med Arbeidstilsynets tilsynsvirksomhet/** Thale Kvernberg Andersen, Anniken Solem

Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn, 2015

[Lenke til dokumentet](#)

**Om fylkesmannens tilsyn med kommunepliktene – en kartlegging**

Oslo: Direktoratet for forvaltning og IKT (DIFI), 2015

[Lenke til dokumentet](#)

Referansekode i 'Helserådet': MET 2016-8. Stikkord: Litteratur. Faglitteratur.

## SOSIALE ULIKHETER I HELSE

Nyhetsbrev nr. 11b (februar 2016)  
fra Helsedirektoratets fagråd for sosial ulikhet i helse

RETTELSE!

---

### Nasjonal konferanse: Velferdsstat og ulikhet i helse i økonomiske krisetider, 26.-27. mai 2015 ved Høgskolen i Oslo og Akershus

---

I forrige utgave av nyhetsbrevet kom vi dessverre i skade for å annonsere feil datoer for den nasjonale konferansen om ulikhet i helse og velferdsstat i økonomiske krisetider. Riktige datoer skal være torsdag 26. (etter lunsj) og fredag 27. mai. Konferansen vil bl.a. ha plenumsforedrag ved:

**David Stuckler**, professor i politisk økonomi og sosiologi ved Universitetet i Oxford. Stucklers forskning omfatter blant annet betydningen av sosiale og økonomiske faktorer på makronivå for befolkningens helse. De senere årene har hans forskning spesielt rettet søkelyset mot hvorvidt den inneværende økonomiske krisa gjør folk syke. Sammen med kollega Sanjay Basu ga han i 2013 ut boka *The Body Economic: Why Austerity Kills* som fort ble en bestselger. Bokas sentrale tese er at det ikke er økonomiske nedgangstider i seg selv som ødelegger folkehelsen, men den politikken som ofte føres som svar på økonomisk krise.

**Olle Lundberg**, professor og leder for Centre for Health Equity Studies ved Universitetet i Stockholm og Karolinska Institutet. I en årrekke har han vært en av de ledende forskerne internasjonalt på hvordan velferdsordninger påvirker sosial ulikhet i helse. I 2015 utnevnte den svenske regjeringen Lundberg til å lede den svenske kommisjonen for utjevning av helse. Kommisjonen, som skal levere sine anbefalinger i 2017, skal blant annet vurdere forslag som kan redusere de sosiale ulikhetene i helse i befolkningen.

**Céline Thévenot**, sosialpolitisk analytiker i OECD (Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling). Hennes forskningsinteresser innbefatter studier av fattigdom, sosial eksklusjon og ulikhet. Hun var medforfatter av OECD-rapporten "In It Together: Why Less Inequality Benefits All" (2015), som fikk en god del oppmerksomhet, også i Norge. En av konklusjonene i rapporten er at stor ulikhet hemmer økonomisk vekst.

---

*Endelig program og mulighet for påmelding vil bli annonsert om kort tid!*

---

### NYHETSBREV OM SOSIAL ULIKHET I HELSE

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

## Spørsmål og svar om zika-viruset

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117403>.

Folkehelseinstituttet har utarbeidet en liste med spørsmål og svar om zika-viruset, smittemåter og beskyttelse. Instituttet følger situasjonen nøye i det etablerte nettverket med internasjonale partnere.

### Hvor kommer zika-viruset fra?

Viruset ble først oppdaget i 1947 i en ape nær Victoria-sjøen i Uganda og er oppkalt etter Zika-skogen. Siden 60-tallet har det vært påvist smitte i flere afrikanske og asiatiske land. I 2013-2014 var det et større utbrudd i Fransk Polynesia og fra 2015 er det pågående utbrudd i flere land i Sør- og Mellom-Amerika.

### Hvordan spres zika-virus?

Viruset spres til mennesker gjennom stikk fra mygg (hovedsakelig *Aedes aegypti*) – den samme myggen som spres for eksempel denguefeber og gulfeber. Det foreligger nå sterke indikasjoner for at smitteoverføring til foster kan skje hos gravide som får virusinfeksjon med zika. Det er rapportert om ett tilfelle der man mistenkte seksuell smitte.



### Hva er symptomene på zika-infeksjon?

Tiden fra smitte til utbrudd av sykdommen (inkubasjonstiden) er vanligvis 3-12 dager. De fleste som blir smittet vil ikke bli syke, mens noen kan få feber, utslett, leddsmerter og røde øyne i opptil en uke. Symptomene minner mye om de som en kan oppleve ved influensa, og beskrives normalt som milde. Symptomene kan være vanskelig å skille fra andre myggoverførte sykdommer som denguefeber og chikungunyafeber.

### Hva er helserisikoen knyttet til smitte?

I Brasil tyder mye på at det finnes en kobling mellom zika-feber og fødselsskaden mikrokefali. Dette er en tilstand der barnet blir født med lite hode som regel som resultat av at hjernen har utviklet seg unormalt i fosterlivet. Spedbarna som rammes har også ofte nedsatt levealder. Etter at zika-viruset ble oppdaget i Brasil har antallet mikrokefali skutt i været.

Det er foreløpig ingen klar sammenheng mellom smitte og alvorlige komplikasjoner hos ikke-gravide. Det er imidlertid mistanke om at zika-viruset kan forårsake Guillain-Barré syndrom, en nervesykdom som fører til lammelser.

### Hvis en kvinne som ikke er gravid skulle bli bitt av en mygg og smittet med zika-virus, vil det i et senere påbegynt svangerskap innebære risiko for infeksjon og fosterskade?

Zika-viruset forblir vanligvis i blodet til en smittet person fra et par dager til en uke. Viruset vil ikke føre til infeksjoner hos et barn som er unnfanget *etter* at infeksjonen er over og viruset ikke lenger finnes i blodet. Vi vet pr. i dag ikke nøyaktig risiko til barnet dersom en kvinne *blir* smittet med zika-virus mens hun *er* gravid.

### Er zika-feber påvist i Norge?

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

### Hvor stor fare er det for smitte i Norge?

Myggtypen *Aedes aegypti* finnes ikke i Norge, men vi kan ikke utelukke at det framover vil bli registrert tilfeller av smitte til personer som har oppholdt seg i utbruddsområdene. Ettersom viruset først og fremst overføres ved myggstikk, er vi ikke bekymret for en spredning i Norge. Tirsdag 26.januar ble ett tilfelle av zika-virus påvist i Danmark. Også i Sverige meldes det om ett smittetilfelle hos en person som har vært på reise.

### Kan zika-viruset påvises ved en blodprøve?

Testing for zika-feber kan foreløpig ikke utføres i Norge, men dersom lege ønsker å teste pasienter som har symptomer på zika-feber og har oppholdt seg i berørte områder, kan prøve analyseres ved Folkhälsomyndigheten i Sverige.

### Kan man vaksinere seg mot zika?

Nei, det finnes så langt ingen vaksiner mot sykdommen. Beskyttelse mot myggstikk er derfor det eneste forebyggende tiltaket.

## Hvordan kan zika-feber forebygges?

Personer som oppholder seg i berørte områder, bør være nøye med å beskytte seg mot myggstikk. Vi anbefaler bruk av klær som dekker kroppen (langermet skjorte, lange bukser og sokker), å bruke myggmidler, sove under myggnett og eventuelt sprøyte boligen med insektmiddel. Myggmidler bør benyttes også på dagtid og innsmeringen gjentas ved svetting.

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

## Er det forskjell på «zika-mygg» og malariamygg?

Malariamyggen biter primært etter solnedgang, mens myggen som sprer zika-viruset også biter om dagen.

## Hvorfor bør gravide vurdere å utsette reise til Sør- og Mellom-Amerika?

Etter at zika-viruset ble oppdaget i Brasil har antallet mikrokefali skutt i været. I 2014 ble det registrert 150 nyfødte brasilianere med mikrokefali. Bare siden oktober 2015 er det registrert over 4000 nye tilfeller. Fire land i regionen har også bedt kvinner utsette planer om å bli gravide på grunn av utbruddet.

## Hva bør gravide som nylig har oppholdt seg i de berørte områdene gjøre?

Gravide som nylig har kommet tilbake fra opphold i ett av de berørte områdene bør informere lege og/eller jordmor.

## Hvilke land er foreløpig rammet?

Områder med utbrudd eller økende forekomst av zikafeber oppdateres på nettsiden om [Zika Virus Infection \(Pan American Health Organization\)](#)

## Hvilke generelle reiseråd gjelder for disse landene?

Verdens Helseorganisasjon (WHO) gir foreløpig ingen spesielle reiseråd, heller ikke for gravide. Selv om det ikke er endelig fastslått at zika-feber hos mor er årsaken til mikrokefali hos nyfødte, anbefaler Folkehelseinstituttet at gravide som planlegger reise til berørte områder rådfører seg med sin lege før reise, og vurderer å utsette reisen. Dette gjelder særlig reise til områder med pågående utbrudd eller økende forekomst av zika-feber.

## Hva kan personer som allerede oppholder seg i områdene, eller skal reise dit, gjøre?

Både gravide og andre som oppholder seg i de berørte områdene bør være nøye med myggbeskyttelse.

Publisert: 27.01.2016, endret: 27.01.2016, 18:37

## Se også:

- [Reiseråd til gravide](#)
- [Oppdaterte råd 22.1.2016 - Zikafeber - råd til gravide](#)

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016-28. Stikkord: Zika-feber.

## Oppdaterte råd 22.1.2016

# Zikafeber - råd til gravide

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

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

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

## Råd til gravide

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

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

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

### Berørte områder

Områder med utbrudd eller økende forekomst av zikafeber per 22. januar 2016 er:

- Brasil
- Colombia
- El Salvador
- Fransk Guyana
- Honduras
- Mexico
- Panama
- Surinam
- Venezuela
- Martinique
- Kapp Verde (Vest-Afrika)
- Samoa og Salomonøyene (Oseania)



Illustrasjonsfoto: colorbox.com

I tillegg er det meldt enkelte, spredte tilfeller av zikafeber i Barbados, Bolivia, Guadeloupe, Ecuador, Guatemala, Guyana, Haiti, Paraguay, Puerto Rico og Saint Martin.

### Reiseråd

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

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

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

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

### Råd til helsepersonell ved oppfølging etter hjemkomst

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

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

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

Dersom lege eller jordmor vurderer at den gravide bør følges opp med videre undersøkelser anbefales at den gravide henvises til poliklinisk vurdering ved det lokale sykehuset. CDC i USA har publisert råd om oppfølging av den gravide (se lenke).

### Diagnostikk

Testing for zikafeber kan foreløpig ikke utføres i Norge, men utføres ved Folkhelsemyndigheten (tidligere Smittskyddsinstituttet) i Sverige (se lenke). Det finnes ingen kommersielle antistofftester som er utviklet for screeningformål for zika- eller andre flavivirus. Det arbeides med å etablere en spesifikk metode til bruk ved mistanke om zikavirus infeksjon basert på zikavirus påvisning i blod

eller fostervann ved Folkehelseinstituttet. PCR eller antistofftester er utviklet for diagnostikk ved aktuell infeksjon, og er lite egnet for screeningformål. Amerikanske helsemyndigheter mener derfor at ultralyd kan være en bedre førstemetode ved oppfølging av asymptomatiske gravide (se lenke).

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

### Mer om zikafeber

Zikafeber er en sykdom forårsaket av zikavirus som overføres med mygg og forekommer i Asia, Afrika og Oseania og siden 2014 også i Sør-Amerika. Tiden fra smitte til utbrudd av sykdommen (inkubasjonstiden) er vanligvis 3-12 dager. Symptomene er vanligvis milde og varer 2-7 dager med feber, øyebetennelse, 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 en oppdatert risikovurderinger om Zikafeber-situasjonen og om den epidemiologiske situasjonen for Zikafeber (se lenke).

Publisert: 22.01.2016, endret: 22.01.2016, 14:50

Oppdatert 22.01.2016

### Se også:

- [Epidemiological update: Evolution of the Zika virus global outbreaks and complications potentially linked to the Zika virus outbreaks \(ECDC 4.12.2015\)](#)
- [Interim Guidelines for Pregnant Women During a Zika Virus Outbreak \(Råd fra CDC om oppfølging av gravide, 19.01.2016\)](#)
- [Pan American Health Organization \(oversikt berørte områder\)](#)
- [Prislista - Spesiell diagnostik \(Folkhälsomyndigheten, Sverige\)](#)
- [Zika virus disease epidemic: potential association with microcephaly and Guillain-Barré syndrome \(ECDC, 1st update 21 January 2016\)](#)
- [Smittevernveilederen - Zikafeber - veileder for helsepersonell](#)
- [Zikavirus Antikroppsbestämning \(IgG\) i serum med indirekt immunfluorescens-test \(IF\) – \(Folkhälsomyndigheten, Sverige\)](#)

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016-25. Stikkord: Zika-feber.

## WHO: Dette kan bli de neste store epidemiene

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117392> .

Verdens helseorganisasjon (WHO) har nå laget en liste over 11 av de viktigste infeksjonssykdommene som kan utvikle seg til globale epidemier og som man bør forske mer på. Folkehelseinstituttet har bidratt i dette arbeidet, og mener vi ikke er godt nok forberedt på fremtidige utbrudd.

I kjølvannet av ebolautbruddet i Vest-Afrika har verdens fremste forskere og folkehelseeksperter i regi av Verdens helseorganisasjon (WHO) gått sammen om å lage en plan for å bli bedre forberedt på smittsomme sykdomsutbrudd.

Som et ledd i dette arbeidet ble en ekspertgruppe i november enige om en liste over 11 viktige og tidligere nedprioriterte infeksjonssykdommer. Disse kan ramme verden i enda større grad i fremtiden, og det finnes ingen effektive forebyggende vaksiner eller medisiner for behandling av syke personer.

Alle disse sykdommene kan forårsake utbrudd, har høy dødelighet eller kan resultere i mange dødsfall. Disse inkluderer niphavirus, lassafeber og ikke minst høyaktuelle zikavirus.

- Vi har ikke vaksiner mot disse sykdommene, og det er en alvorlig mangel, sier smitteverndirektør ved Folkehelseinstituttet, John-Arne Røttingen.





## Behov for forskingsfond

Røttingen mener for lite har blitt gjort til nå innen vaksineutvikling, fordi det ikke er et lønnsomt marked. De samme aktørene som tro til i forskningsarbeidet under ebolautbruddet går nå sammen i en prosess for å se hva som kan gjøres med denne utfordringen.

- Vi trenger en ny mekanisme for å finansiere vaksineutvikling for disse 11 infeksjonene. Under toppmøtet i Verdens økonomiske forum (WEF) i Davos 20.-23. januar ble det satt fokus på hva som kan gjøres for å få dette på plass. Møtet i Davos kan være et viktig steg for at verden skal bli bedre forberedt på dødelige utbrudd.

## Listen over sykdommene

Listen over de elleve sykdommene som WHO mener snarest mulig må få prioritet på forskningsfronten er som følger:

- Chikungunya
- Ebola
- Krim-Kongo-feber
- Lassafeber
- Marburgvirus
- MERS
- Nipavirus
- Rift-Valley-feber
- SARS
- SFTS (Alvorlig feber med trombocytopeni-syndrom)
- Zikavirus

Flere infeksjonssykdommer kan også skape utbrudd, som HIV/AIDS, tuberkulose, malaria, fugleinfluenza og Dengue-feber, men disse ble ikke tatt med i listen fordi det allerede finnes legemidler eller fordi det gjøres mye for å utvikle legemidler mot disse.

**Les mer** (klikkbare lenker):

- [WHO's offisielle liste over kommende infeksjonssykdommer](#)
- [Globalt spleiselag mot nye epidemier: WHO-møte i Oslo om forskning før og under en epidemi](#)
- [WHO's arbeid med den nye handlingsplanen mot epidemier](#)

Publisert: 26.01.2016, endret: 27.01.2016, 06:53

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016-26. Stikkord: Epidemier.

---

## Ny studie om gjennomføring av forebyggende tuberkulosebehandling

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117391> .

Folkehelseinstituttet arbeider med å vurdere effekt og målretting av forebyggende tuberkulosebehandling. Som et ledd i dette igangsettes det nå en landsdekkende studie for å se på gjennomføring av forebyggende tuberkulosebehandling.

Screening for tuberkulose er lovpålagt for personer i risikogrupper. Det skjerper kravene til kontinuerlig oppfølging og evaluering av dette tiltaket. Forebyggende behandling er endepunktet for screeningen for latent tuberkulose. Det er en pågående debatt om hvilken plass forebyggende behandling bør ha i tuberkulosearbeidet. I hvilken grad forebyggende behandling er trygt og akseptabelt for målgruppene er avgjørende for nytten av screeningprogrammet.

Vi mangler i dag kunnskap om i hvilken grad forebyggende tuberkulosebehandling gjennomføres og hva som eventuelt er årsak til at behandlingen ikke gjennomføres. Vi er spesielt opptatt av i hvilken grad bivirkninger er årsak til behandlingsavbrudd. En norsk studie (Olsen et al., 2009) ga gode innspill, men det er behov for nyere data av flere grunner:

- Tuberkuloseveilederen er tydeligere i anbefalingen om at direkte observert behandling ikke er nødvendig for forebyggende tuberkulosebehandling.
- Det er økt fokus på målretting av forebyggende behandling mot risikogrupper - de som behandles nå kan ha mer sykdom og komplikasjoner enn tidligere.
- Et nytt behandlingsregime med ukentlig dosering av medikamenter er tilgjengelig.
- Gruppen som får forebyggende behandling før oppstart av sykdomsmodifiserende antiretmatiske behandling (DMARDs) er økende, disse er ofte eldre personer.

Det er økt internasjonalt fokus på implementering og overvåking av forebyggende tuberkulosebehandling. Studien er tilpasset WHO's Latent Tuberculosis Infection Taskforce.

## Om studien

Informasjon om behandlingsforløpet vil bli innhentet for personer som meldes til MSIS med oppstart av forebyggende behandling i 2016. Studien er godkjent i REK sør-øst (ref 2015/2122). Det er gitt dispensasjon fra taushetsplikten, jf §35 i helseforskningsloven, og fritak fra hovedregelen om å innhente samtykke fra deltagerne. Studieprotokollen er tilgjengelig. Studien gjennomføres i samarbeid med kliniske miljøer.

### Prosjektgruppen består av:

Brita Askeland Winje, Folkehelseinstituttet  
 Trude Margrete Arnesen, Folkehelseinstituttet  
 Tesfaye Madebo, Stavanger universitetssykehus  
 Hilde Elise Andersen, Stavanger universitetssykehus  
 Anne Margarita Dyrhol Riise, Oslo universitetssykehus  
 Astrid Rojahn, Oslo universitetssykehus

### Spørsmål om studien kan rettes til:

Brita Askeland Winje (MPH, PhD)  
 Område for smittevern, miljø og helse  
 Folkehelseinstituttet  
 e-post: [brita.winje@fhi.no](mailto:brita.winje@fhi.no)

### Lenker:

Skjema for rapportering av behandlingsresultat (pdf)  
[Studieprotokoll](#)

Publisert: 26.01.2016, endret: 26.01.2016, 14:49

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016-30. Stikkord: Tuberkulosekontroll.

---

## BCG-vaksine uten markedsføringstillatelse tilgjengelig igjen

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117346>.

Folkehelseinstituttet har nå BCG-vaksine "BB-NCIPD" på lager igjen. Vaksinen har ikke markedsføringstillatelse i Norge. Den foreligger i 2-pakning, og Folkehelseinstituttet sender én pakning til hver rekvirent som søker om å benytte vaksinen.

BCG-vaksine "BB-NCIPD" doseres likt som BCG-vaksine "SSI": 0,05 ml til barn under 1 år og 0,1 ml til andre. Lege må fylle ut skjemaet "Resept/Rekvisisjon for legemidler uten markedsføringstillatelse som bare kan utleveres etter spesiell tillatelse fra Statens legemiddelverk" og sende dette til Folkehelseinstituttet sammen med bestilling på BCG-vaksine "BB-NCIPD". Vi anbefaler å søke godkjenningfritak for 1 år siden leveringssituasjonen for BCG-vaksine "SSI" er såpass usikker.

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

Leveringssituasjonen framover er fremdeles svært usikker, og Folkehelseinstituttet oppfordrer derfor til fortsatt samordning av BCG-vaksinasjon og prioritering av de yngste barna. Kommuner som sjelden gir BCG-vaksine bør forsøke å samarbeide med nabokommuner om felles BCG-vaksinasjonsdager. Det er dessverre usikkert når den ordinære BCG-vaksinen fra SSI blir tilgjengelig igjen, og vi restnoterer derfor ikke bestillinger på denne vaksinen.

Publisert: 21.01.2016, endret: 21.01.2016, 14:18

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016-23. Stikkord: BCG-vaksine.

# Årets influensasesong domineres av A(H1N1)-viruset

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117347> .

Det hyppigst påviste influensaviruset denne sesongen er influensa A(H1N1), tidligere kalt svineinfluensa. Dette viruset regnes nå som et vanlig sesonginfluensavirus, og har sirkulert hver sesong siden pandemien i 2009.

«Det at A(H1N1) nå dominerer gir ingen grunn til spesiell bekymring sammenliknet med tidligere års influensasesonger. Det forventes at influensaaktiviteten vil øke i ukene fremover, men det er usikkert hvor omfattende årets utbrudd vil bli» - sier avdelingsdirektør Karin Rønning ved Folkehelseinstituttet.

Folkehelseinstituttets årlige scenarierapport om influensasesongen beskriver influensasituasjonen så langt og gir vurderinger om det kommende utbruddet.

Hovedpunktene i rapporten er:

- Influensaaktiviteten er fortsatt lav, men forventes å øke i ukene fremover.
- Foreløpig er det influensa A(H1N1) som dominerer bildet.
- Influsavirus A(H1N1) (svineinfluensaviruset) regnes nå som et vanlig sesonginfluensavirus. Viruset gir oftere sykdom i de yngre aldersgrupper av befolkningen enn andre sesonginfluensavirus.
- Vaksinasjonsdekningen i risikogrupperne er fortsatt alt for lav (estimert til ca. 20%).
- Vaksinen ser denne sesongen ut til å gi god beskyttelse overfor de virus som dominerer i Norge nå. Situasjonen følges nøye med tanke på andre varianter som kan dukke opp.
- Det er relativt god immunitet i befolkningen mot A(H1N1), noe som kan begrense årets utbrudd, men dette er usikkert.

Årets influensavaksine inneholder som i alle årene etter 2009 en komponent mot A(H1N1). Det er ikke for sent å vaksinere seg da influensasesongen ennå er i en tidlig fase.

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

Ukerapporter om situasjonen publiseres på [www.fhi.no/influensa](http://www.fhi.no/influensa)

Publisert: 21.01.2016, endret: 21.01.2016, 16:14

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016-22. Stikkord: Influensa. Svineinfluensa.

## Begrenset utsending av vaksiner i kulda

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117278> .

Det er begrenset utsending av vaksiner i uke 3 på grunn av svært lave temperaturer mange steder i landet. Vaksiner, immunglobuliner og sera tåler ikke frost, og må som oftest kasseres hvis de har vært utsatt for frost. Det er meldt mildere vær i uke 4, og vi regner med å kunne distribuere vaksiner som normalt igjen da.

Publisert: 18.01.2016, endret: 18.01.2016, 11:56

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016-20. Stikkord: Kulde og vaksine.

## Tetraxim har påmontert en kort, ikke utskiftbar sprøytespiss

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117410> .

Som erstatning for Tetravac distribuerer Folkehelseinstituttet i en kort periode Tetraxim. Tetraxim er identisk med Tetravac, og kommer fra samme produsent. Tetraxim har påmontert sprøytespiss som ikke kan skiftes. Den er kortere enn blå spiss som normalt benyttes.

Subkutan injeksjon av denne vaksinen kan gi noe høyere forekomst av lokalreaksjoner enn intramuskulær injeksjon. Ved vaksinasjon av store barn og voksne må vaksinator derfor forsøke å sette vaksinen så dypt som mulig.

Tetraxim er holdbar til 31.3.2016. Folkehelseinstituttet har blitt lovet nok Tetravac til å dekke barnevaksinasjonsprogrammet framover, og vil sannsynligvis ikke få inn mer Tetraxim.

Publisert: 28.01.2016, endret: 28.01.2016, 09:55

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016-31. Stikkord: Tetraxim.

# Mangel på vaksiner internasjonalt rammer også Norge

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117419> .

Det har lenge vært leveringsproblemer på BCG-vaksine, poliovaksine og ulike kombinasjonsvaksiner mot kikhoste, og det er nå mangel på disse vaksinene i flere land i Europa. I perioder kan det være mangel på vaksiner også i Norge. Da vil barnevaksinasjonsprogrammet bli prioritert.

Folkehelseinstituttet legger fortløpende ut melding når leverings-situasjonen for en vaksine endres, og ber vaksinatører følge med og planlegge vaksinasjon nøye.

- [Vaksinedistribusjon fra Folkehelseinstituttet](#)

## Hvorfor er det vaksinemangel?

- Mangelen på BCG-vaksine skyldes at Statens Serum Institut i Danmark har leveringsproblemer.
- Mangelen på kombinasjonsvaksiner mot kikhoste skyldes økt etterspørsel på verdensbasis de siste årene, blant annet fordi flere land utvider vaksinasjonsprogrammene. I tillegg er det produksjonsproblemer på acellulære kikhostekomponenter som inngår i disse vaksinene. Mange land mangler både basisvaksiner og oppfriskningsvaksiner.
- Mange land har gått over fra levende oral til inaktivert poliovaksine som ledd i utrydding av sykdommen. Dette har gitt økt etterspørsel etter inaktivert poliovaksine globalt og nasjonalt.

Norge har gode og langsiktige leveringsavtaler og god beredskap på vaksiner, og har derfor i liten grad blitt berørt av vaksinemangelen.

## Anbefalinger ved vaksinemangel

Det europeiske smitteverninstituttet (ECDC) har gjort en risikovurdering av mangel på kombinasjonsvaksiner mot kikhoste, og foreslår alternative vaksiner og prioriteringer mellom grupper.

- [Rapid Risk Assessment: Shortage of acellular pertussis-containing vaccines and impact on immunisation programmes in the EU/EEA](#)

Folkehelseinstituttet jobber kontinuerlig med å sikre nok vaksiner til Norge. Ved vaksinemangel vurderer instituttet alternative vaksiner og hvilke grupper som primært bør få de vaksinedosene som er tilgjengelig. Barnevaksinasjonsprogrammet blir generelt prioritert. Folkehelseinstituttet har vaksiner i beredskap til bruk ved eventuelle sykdomsutbrudd.

## Informasjon om tilgjengelige vaksiner

Folkehelseinstituttet legger fortløpende ut meldinger når leverings-situasjonen for vaksiner endres. Instituttet informerer både når det er tomt for en vaksine og når vaksinen er tilbake på lager. Når det er tomt for vaksine informerer instituttet om eventuelt alternativ, hvordan tilgjengelige doser skal prioriteres, forventet leveringstidspunkt, om vaksinen blir restnotert, samt annen nødvendig informasjon. Meldingene blir publisert her:

- [Vaksinedistribusjon fra Folkehelseinstituttet](#)

Oversikten over tilgjengelige preparater og priser er til enhver tid oppdatert

- [Preparater og priser](#)

Du kan abonnere på nyheter og RSS feeds fra Folkehelseinstituttet slik at du er oppdatert på tilgjengelige preparater:

- [Abonner på nyhetsbrev](#)

Publisert: 28.01.2016, endret: 28.01.2016, 13:56

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016-33. Stikkord: Vaksinemangel. Vaksineleveranse.

# Bruk av antibiotika i sykehus høsten 2015

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117366> .

Bruken av antibiotika i norske sykehus gjenspeiler i stor grad anbefalingene i Nasjonal faglig retningslinje, viser Folkehelseinstituttets prevalensundersøkelse i 2015.

Folkehelseinstituttet undersøker på utvalgte dager i året bruken av antibiotika i norske sykehus. Undersøkelsen har vært frivillig siden 2009, men ble fra 2015 obligatorisk.

Antall pasienter som får antibiotika, hvilke antibiotika de får og årsaken til at antibiotika gis, blir registrert. Antibiotika i følgende ATC-klasser blir registrert i undersøkelsen: J01 Antibakterielle midler til systemisk bruk, J02 Antimykotika (soppmidler) til systemisk bruk, samt noen enkeltmedikamenter.

### Bruken gjenspeiler i stor grad nasjonale retningslinjer

Av de totalt 9 068 inneliggende pasientene som ble registrert i høstens undersøkelse, fikk 28 prosent antibiotika på undersøkelsesdagen. Flere pasienter fikk mer enn ett medikament.

Av de antibiotika som ble registrert i høstens undersøkelse, ble 18 prosent gitt for å forebygge infeksjoner, mens 74 prosent ble gitt for å behandle infeksjoner.

Registreringen viser at bruken av antibiotika i forhold til infeksjonstype i stor grad gjenspeiler anbefalingene i Nasjonal faglig retningslinje for bruk av antibiotika i sykehus.



### Ønske om å redusere bruk av antibiotika innen 2020

Flere studier viser at overforbruk og feil bruk av antibiotika fører til at mikrober blir motstandsdyktige (resistente) mot disse legemidlene. Det er et nasjonalt mål i den nylig utgitte Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten, å redusere bruken av noen definerte bredspektrede antibiotika på sykehus med 30 % sammenlignet med 2012, innen 2020. Disse legemidlene utgjorde 33 % av alle forskrivninger i denne undersøkelsen.

Omtrent en tredjedel av antibiotika gitt for å behandle infeksjoner, var til behandling av helsetjenesteassosierte infeksjoner. - Forebygging av helsetjenesteassosierte infeksjoner er derfor viktig for å redusere bruken av antibiotika, inkludert bruken av bredspektrede antibiotika, sier overlege ved Folkehelseinstituttet, Øyunn Holen.

- Bruk av systemiske antiinfektiva i sykehus - høsten 2015 (pdf)

Publisert: 25.01.2016, endret: 26.01.2016, 10:27

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016-24. Stikkord: Antibiotikabruk i sykehus.

### Oppdatert utgave 2015

## Forebygging av legionellasmitte – en veiledning

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117220>.

Etter utbruddet av legionærsykdom i Sarpsborg/Fredrikstad-området i 2005, etablerte Helse- og omsorgsdepartementet en prosjektgruppe som fikk i oppdrag å foreta en grundig gjennomgang av gjeldende regelverk og tilsynsordning, og komme med forslag til permanente tiltak for å begrense smitteoverføring av *Legionella* i Norge.

Arbeidet resulterte i et nytt kapittel 3a – Krav om å hindre spredning av *Legionella* via aerosol i forskrift om miljørettet helsevern, som trådte i kraft 1. januar 2008. Samtidig ble første utgave av veiledningen om forebygging av legionellasmitte publisert. Det har etter dette vært to større revisjoner av veiledningen, den første ble publisert i september 2010 og den neste i desember 2012.

Foreliggende rapport er en oppdatering av sistnevnte. Den er supplert med ny informasjon, og det er gjort noen redigeringsmessige endringer. Det er et mål å oppdatere veiledningen når ny kunnskap og erfaring tilsier at dette er ønskelig. Veiledningen foreligger bare i elektronisk utgave.

- [Vannrapport 123 - Forebygging av legionellasmitte - en veiledning 4. utgave](#)

I tillegg til det redigeringsmessige, er de viktigste endringene som følger:

#### Kapittel 1. Historikk

Statistikk over antall tilfeller av legionærsykdom i Norge slik de er registrert i Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) ved Folkehelseinstituttet, er oppdatert fram til og med 2014.

#### Kapittel 2. Generelt om legionellabakterier og legionellose

Kapitlet er en del omredigert og mer utfyllende om smittefare og om legionellaarter. Referansekapitlet er supplert med litteraturhenvisning til European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) og WHO.



### Kapittel 3. Regelverk

Nytt kapittel 3.3.2 Varsling ved funn av legionella, påpeker anleggseiers opplysningsplikt og gir råd om praktisering av denne ved funn av legionellabakterier.

Kapittel 3.3.3 er oppdatert i henhold til nye bestemmelser i forskrift om miljørettet helsevern kapittel 3a, om akkrediterte tilsynsorgan for kjøletårn og luftskrubber.

### Kapittel 6. Behandlingsmetoder

Kapittel 6.4 er oppdatert om nytt regelverk om markedsføring og bruk av biocider.

I kapittel 6.7 opplyses om at utstyr for kontinuerlig behandling av interne ledningsnett med kloramin er kommersielt tilgjengelig.

Kapittel 6.11 Kobber-/sølvionisering, er oppdatert på bakgrunn av en litteraturgjennomgang om mulig resistensutvikling ved bruk av metoden, og betydningen av å opprettholde effektive konsentrasjonsnivå av kobber- og sølvioner.

Referansekapitlet er supplert med litteratur om kobber-/sølvionisering og kloramin.

### Kapittel 7. Interne ledningsnett som forsyninger dusjer og andre aerosoldannende tappepunkter

I kapittel 7.5.3 er det tatt inn en illustrasjon av tiltak som kan bidra til økt sirkulasjon i avgreininger til lite brukte tappepunkter.

I kapittel 7.5.4 er det tatt inn en tabell med retningsgivende verdier for skoldingsfare ved eksponering av bar hud for varmt vann.

I kapittel 7.5.7 er det henvist til teknisk rapport fra CEN «Recommendations for prevention of legionella growth in installations inside buildings conveying water for human consumption», som gir råd om minsteavstander og plassering av ledninger i husinstallasjoner.

I kapittel 7.6. 4 er det presisert at gjennomspyling for å hindre stillestående vann er viktig også ved bruk av kontinuerlig vannbehandling.

I kapittel 7.9.1 om tolkning av prøveresultater i risikovurderinger, er det henvist til artikler som påpeker at frekvensen av positive legionellaprøver er viktigere enn konsentrasjonen av legionella i den enkelte prøve.

### Kapittel 9. Kjøletårn

Tabell 9.1 i kapittel 9.6.1 er oppdatert med eksempler på kontroller som kan utføres på stedet, og som kan være nødvendig for å sikre god drift. Hensikten med kontrollparametrene er beskrevet i ny tabell 9.6.2.

Referansekapitlet er supplert med retningslinjer fra engelske Health and Safety Executive (HSE): Legionnaires`disease: Technical guidance. Part 1: The control of legionella bacteria in evaporative cooling systems, HSG274 Part 1, 2013

### Kapittel 15. Andre mulige smitekilder

Kapittel 15.2 er oppdatert med mer utfyllende informasjon om legionellaforekomst i tannlegeuniter og forbyggende tiltak, med henvisning til norsk og engelsk litteratur,

Nytt kapittel 15.15. Høytrykksspyling, beskriver smittefaren ved bruk av høytrykksspylere, og tiltak for å redusere faren for smittespredning via aerosolene som dannes.

Publisert: 11.01.2016, endret: 11.01.2016, 11:36  
Jens Erik Pettersen

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016-21. Stikkord: Legionella.

## Slik kan du unngå legionella-smitte i dusjen

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117396> .

Legionellose er en sjelden, men alvorlig sykdom som du kan bli smittet av i dusjen. Her er Folkehelseinstituttets råd for å forebygge smitte hjemme.

Legionær sykdom forårsakes av legionellabakterier. Det er en alvorlig lungebetennelse som kan være dødelig. De samme legionellabakteriene kan også forårsake Pontiacfeber, som er en influensalignende sykdom uten lungebetennelse. En fellesbetegnelse for disse sykdommene er legionellose.

Mest utsatt for legionærsykdom er eldre, røykere og mennesker med nedsatt immunforsvar på grunn av annen sykdom, mens alle er like utsatt for å bli smittet med Pontiacfeber.

### Smitter i vannråper

Legionella smitter ikke fra menneske til menneske, men ved å puste inn fine, svevende vannråper (aerosoler) som er forurenset med bakteriene.

Når våte flater kjennes glatte og slimete, tyder det på at bakterier og andre mikroorganismer har dannet en hinne (biofilm). Om vanntemperaturen ligger mellom 20 og 50 grader gir dette forhold hvor legionellabakteriene kan trives og vokse i denne biofilmen. Er temperaturen under 20 grader vil de ikke vokse, og er den over 60 grader vil de dø.



I dusjer dannes det aerosoler, og legionellabakterier kan spres med disse aerosolene hvis man ikke er grundig nok med rengjøring og desinfeksjon.

### Rens dusjen

#### 1. Varmebehandling:

Gjennomspyling med varmt vann (minimum 70 °C) i fem minutter fire ganger i året, og regelmessig gjennomspyling med 60 graders vann f.eks. etter dusjing gir god sikkerhet mot legionellabakterier.

#### 2. Rengjøring og desinfeksjon:

I tillegg til eller i stedet for varmebehandling kan dusjhodet og slangen demonteres, rengjøres og deretter desinfiseres ved at de legges i en 10 liters bøtte tilsatt to korker husholdningsklorin og lar det stå i 30 minutter.

Les mer: [Legionellasmitte hjemme kan forebygges med enkle tiltak](#)

Publisert: 27.01.2016, endret: 27.01.2016, 11:37

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016-27. Stikkord: Legionella.

## Rydd i medisinene dine!

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117367>.

Hver dag smaker minst 10 barn på medisiner som de kommer over i sitt hverdagsmiljø. I fjor mottok Giftinformasjonen ved Folkehelseinstituttet 3539 henvendelser om barn og medisiner. Dette tallet dekker langt fra alle tilfeller.

- Små barn er mer følsomme for legemidler enn voksne. Eksempler er nikotin og jern som voksne tåler, men som selv i små doser kan være farlig for barn, sier fagdirektør Mari Tosterud ved Avdeling for Giftinformasjon.

Tall fra Giftinformasjonen ved Folkehelseinstituttet de tre siste årene (2013-2015) viser at:

- Over 10 000 henvendelser i løpet av tre år gjaldt uhell og forveksling av medisiner hos barn fra 0-10 år.
- Nærmere 700 av henvendelsene var i kategorien «fare for moderat til alvorlig forgiftning».
- 897 ganger anbefalte Giftinformasjonen å kontakte lege eller sykehus.

(Giftinformasjonens tall er ikke en nasjonal oversikt over legemiddelforgiftninger hos barn, og kategoriseringen av risiko er ofte mer alvorlig enn det som blir realiteten.)

En Opinionsundersøkelse som ble gjennomført for Legemiddelverket høsten 2015, viste at hele 40 % av oss sjelden eller aldri rydder i medisinene våre.

### Rydd skapet-kampanje

Nå lanserer Legemiddelverket kampanjen «Rydd skapet» - en kampanje som Folkehelseinstituttet støtter.



Målet er å få flere til å rydde i medisinene sine, oppbevare dem sikkert og returnere gammel medisin til apoteket. Da synker risikoen for forveksling av medisiner og for uhell som skyldes at barn finner medisiner og spiser dem.

- Du bør holde orden i medisinene dine for din egen helses skyld og for sikkerheten til dem rundt deg, sier Mari Tosterud.

## Ta en ryddesjau i medisinene

- Finn frem alle medisinene dine.
- Fjern det du ikke trenger lenger, som halvfulle salvetuber og nesprayflasker, medisiner du ikke husker hvem tilhører eller hva brukes mot, og medisiner som har gått ut på dato.
- Lever gamle medisiner på apoteket
- Sørg for at resten oppbevares trygt:
  - o samlet på ett sted
  - o utenfor barns rekkevidde – gjerne i skap med lås
  - o i vanlig romtemperatur
  - o unngå direkte sollys
- Gjør ryddingen til en fast vane

Publisert: 26.01.2016, endret: 26.01.2016, 10:30

Referansekode i 'Helserådet': SKA 2016-4. Stikkord: Medisinforgiftning. Giftinformasjon.

## Sosial angst er svært arvelig

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117273> .

Mens miljøet betyr mest på kort sikt, spiller genene dine en avgjørende rolle på lang sikt. Det er konklusjonen på en stor studie om sosial angst og unnvikende personlighetsforstyrrelse fra Folkehelseinstituttet.

- Resultatet viser en overraskende høy arvelighet av langtidsrisiko for å utvikle sosial angst, sier Fartein Ask Torvik, forsker ved avdeling for genetik, miljø og psykisk helse ved Folkehelseinstituttet.

Det har lenge vært klart at både arv og miljø spiller en rolle i utviklingen av sosial angst, men forskerne har ikke tidligere vært klar over at genene våre spiller en så stor rolle som de ferske forskningsresultatene viser.



### Forsket på tvillinger

Folkehelseinstituttet har over en tiårsperiode fulgt rundt 3000 norske tvillinger for å finne ut mer om hvordan psykiske lidelser utvikler seg over tid. Nå er resultatene for sosial angst og unnvikende personlighetsforstyrrelse blant kvinner klare. Studien er utelukkende gjort på tvillinger, slik at forskerne kan se i hvilken grad lidelsene påvirkes av genetiske og miljømessige forhold. Ved det første tidspunktet var kvinnene i 20-årene, ved det neste tidspunktet i 30-årene.

- Det er en kjent sak at sosial angst debutterer tidlig, ofte i ungdomsårene. Har man kommet inn i 20-årene er det lite sannsynlig at sosial angst oppstår hvis man ikke har hatt det tidligere, sier Torvik.

### Lidelsen kan gå over

I underkant 4 prosent av deltakerne hadde sosial angstlidelse i 20-årene. Ytterligere 10 prosent hadde symptomer som ikke i tilstrekkelig grad kvalifiserte til en diagnose. Ti år senere hadde henholdsvis 5 prosent, og i underkant av 9 prosent, sosial angstlidelse eller symptomer på dette. Det var ikke nødvendigvis de samme som led av sosial angst i 20-årene og 30-årene.

- Angsten var mindre stabil enn forventet. To tredeler av de som hadde sosial fobi da de ble intervjuet i 20-årene, tilfredsstilte ikke lenger diagnosekriteriene da de ble intervjuet ti år senere. For enkeltpersoner svinger det altså en del opp og ned, sier Torvik og legger til:

- Forekomsten var likevel ikke lavere i 30-årene enn i 20-årene, da andre personer hadde fått lidelsen igjen da de ble intervjuet.

### Sosial angst

Sosial angst er frykt for å bli vurdert negativt i sosiale sammenhenger. Dette er noe mange fra tid til annen kan kjenne på og anses som naturlig. Angsten kvalifiserer først som en diagnose når nervøsiteten blir til så sterk at det hindrer normal livsutfoldelse.

- Sosial angstlidelse eller sosial fobi kan føre til markant, vedvarende ubehag og redusert funksjonsevne, påpeker Torvik.

### Unnvikende personlighetsforstyrrelse

Unnvikende personlighetsforstyrrelse opptrer ofte samtidig med sosial angst, men studien tyder på at denne personlighetsforstyrrelsen ikke er det samme som sterk sosial angst.



- Risikoen for å utvikle sosial angst henger sammen med unnvikende personlighetstrekk. Disse personlighetstrekkene kan gjøre at man unngår situasjoner man opplever som skumle. Mange benytter også sikringsstrategier for å skjule angsten. På sikt kan det lede det til mer engstelse, sier Torvik.

### Miljø versus genetik

Ser man på den langsiktige risikoen for å utvikle sosial angst, så er den risikoen sterkt påvirket av genetiske forhold.

Dette skyldes antakeligvis at personlighetstrekk som disponerer for lidelsene, nemlig innadvendthet og lav emosjonell stabilitet, er påvirket av genetik. Har man begge disse personlighetstrekkene er risikoen for å utvikle sosial angst høy. Ser man derimot på et bestemt tidspunkt, er det miljøet som har mest å si for om man har sosial angst. De hendelsene som påvirker sosial angst i 20-årene har lite å si når man har kommet opp i 30-årene. Miljøet betyr altså mest på kortere sikt, og effekten av det man opplever går stort sett over.

Da forskerne så på årsaker til stabilitet og forandring over tid, fant de at den genetiske risikoen var vedvarende og bidro til stabilitet, mens miljøet i stor grad bidro til endring.

- Sosial angst er svært arvelig. Mens miljøet betyr mest på kort sikt, spiller genene dine en avgjørende rolle på lang sikt, sier Torvik og utdyper:

- Dette betyr at effekten av miljøhendelser, som for eksempel å bli mobbet eller å miste jobben, er av begrenset varighet. Effekten av de hendelsene som gjør at man får sosial angst på ett tidspunkt, går rett og slett over. Det at sosial angstlidelse tross alt er så lite stabilt, kan gi håp for de som sliter med dette, sier Torvik.

Når det gjelder langtidsrisikoen, som knyttes til gener, betyr funnene at man ikke helt blir kvitt risikoen:

- Hvis man har unnvikende personlighetstrekk, har man høy risiko for å oppleve sosial angst i perioder. Selv om man har hatt en god, trygg oppvekst, kan man oppleve sosial angst. Men har man en arvelig risiko, kan man lære seg å trosse tendensen til unngåelse og vite hva som kan gjøres hvis angsten slår inn. Selv om den genetiske risikoen er vedvarende, betyr det altså ikke at man må leve med plagene. Det finnes god behandling for sosial angst. Behandlingen går ut på å eksponere seg for de fryktede situasjonene og akseptere at man føler angst.

*Studien er gjennomført av forskere ved Folkehelseinstituttet, med samarbeidspartnere på Universitetet i Oslo og Virginia Commonwealth University.*

Artikkelen

- [«Longitudinal associations between social anxiety disorder and avoidant personality disorder: A twin study»](#)

er publisert i tidsskriftet Journal of Abnormal Psychology.

Publisert: 15.01.2016, endret: 18.01.2016, 10:37

Referansekode i 'Helserådet': PSY 2016-3. Stikkord: Sosial angst.

## 320 alkoholutløste dødsfall i Norge i 2014

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117276> .

Antall alkoholutløste dødsfall gikk ned fra 2013 til 2014, mens antall narkotikautløste dødsfall gikk noe opp. Det viser statistikk over rusmiddelutløste dødsfall i Norge i 2014.

Publisert: 15.01.2016, endret: 18.01.2016, 06:17

Referansekode i 'Helserådet': RUS 2016-4. Stikkord: Alkoholutløste dødsfall.

## Små fremskritt i arbeidet med dødfødsler

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117281> .

Dødfødsler er en forsømt epidemi globalt. Det viser en ny studie publisert i The Lancet, der forskere ved Folkehelseinstituttet har bidratt.

I verden skjer det mer enn 2,6 millioner dødfødsler hvert år. Flertallet av dødfødsle kan forebygges, men man ser bare en svak fremgang i arbeidet med å løse dette «stille problemet», ifølge en ny artikkelserie publisert i tidsskriftet The Lancet.

- Gledelig nok har det skjedd store framskritt på verdensbasis når det gjelder antall kvinner som dør i forbindelse med fødselen. Antall spedbarn som dør i dagene og ukene etter fødselen, er også redusert. Men det har skjedd alt for lite når det gjelder dødfødsler, sier Frederik Frøen, forskningssjef ved Avdeling for internasjonal folkehelse ved Folkehelseinstituttet og en av hovedforfatterne bak serien.



Illustrasjonsfoto: Colourbox.com

Med dødfødsler menes det her babyer som dør i siste tredel av svangerskapet (siste trimester) eller under fødselen.

Artikkelserien, *The Lancet's Ending Preventable Stillbirths Series*, viser at den årlige reduksjonen av dødfødsler i verden er 2,0 prosent. Framgangen går tregt sett i forhold til fremskrittene man ser i reduksjonen av dødsfall blant fødende kvinner (3,0 prosent) og blant barn under 5 år (4,5 prosent).

Studien viser også de skjulte konsekvensene av dødfødsler, der 4,2 millioner kvinner lever med stress-symptomer i årevis, i tillegg til økonomiske tap for familier og land.

### Store forskjeller mellom land

Halvparten av alle dødfødsler skjer sent i svangerskapet og under selve fødselen. Serien understreker at om lag 1,3 millioner eller halvparten av alle dødfødsle kunne vært forebygget ved hjelp av bedre kvalitet på svangerskapsomsorgen.

98 prosent av alle dødfødsler i verden skjer i lav- og mellominntektsland. Med dagens utviklingsnivå vil det ta mer enn 160 år før en gravid i Afrika har samme sjanse til å føde et levende barn som en kvinne i et høyinntektsland har i dag.

Problemet er mindre, men også betydelig i høyinntektsland, der antallet dødfødsler nå ofte er høyere enn antallet dødsfall blant nyfødte og spedbarn.

### Tiltak for forebygging

Artikkelserien presenterer den første globale analysen som er gjort av risikofaktorer forbundet med dødfødsler. Den understreker at mange dødfødsler kan forebygges ved å:

- Behandle infeksjoner i løpet av svangerskapet.
  - o 8,0 prosent av alle dødfødsler skyldes malaria, og øker til 20,0 prosent i Afrika sør for Sahara.
  - o 7,7 prosent av alle dødfødsler er forbundet med syfilis, eller 11, 2 prosent i Afrika sør for Sahara.
- Bekjempe overvekt og andre ikke-smittsomme sykdommer, især diabetes og høyt blodtrykk. Minst 10 prosent av alle dødfødsler er forbundet med disse sykdommene.
- Styrke tilgangen til og kvaliteten på tjenester innen familieplanlegging, spesielt for eldre og veldig unge kvinner, som har høyere risiko for å oppleve dødfødsler.
- Redusere sosiale ulikheter. I høyinntektsland har kvinner i de laveste samfunnslagene minst dobbelt så stor risiko for dødfødsler som i høyere sosiale lag.

Det blir gjort betydelige investeringer i omsorg og forskning på spedbarn etter at de er blitt født, men forskerne oppfordrer til et sterkere fokus på barnet også før fødselen. De mener finansieringen bør reflektere at det er hele 2,6 millioner dødfødsler i året.

Forskerne argumenterer for at høy kvalitet på svangerskapsomsorg og jordmørtjenester kan gi en firedobbel avkastning på investeringene, ved å redde liv til mødre og deres nyfødte, forebygge dødfødsler, samt forbedre barns utvikling.

### Dødfødsler i Norge

Andelen dødfødsler i Norge er lavt sammenliknet med i mange andre land. I 2014 var det 263 dødfødte av 60 026 fødte [\[1\]](#). Norge regnes som et av de mest privilegerte landene i verden når det gjelder helse for gravide og fødende.

Frederik Frøen understreker at vi har gode og kunnskapsbaserte retningslinjer for svangerskapsomsorgen, men mener likevel at mer kan og bør gjøres her hjemme:

- Tallene viser at 1 av 230 gravide i Norge i 2014 mistet babyen sin etter 22. uke av svangerskapet eller under fødselen. Det dør flere babyer i Norge i dødfødsel enn det dør barn og unge i aldersgruppen 0-18 år samlet. Mange babyer, kvinner og familier rammes også i Norge, og vi vet ikke nok om hva som svikter og hva vi kan gjøre bedre, sier han.

Han mener det er nødvendig med mer og bedre informasjon for å redusere antallet dødfødsler i Norge:

- Vår hovedutfordring er at vi ikke kan lage målrettede nasjonale tiltak mot dødfødsler fordi vi ikke samler nok informasjonen fra helsekortene for gravide. Derfor vet vi ikke om vi når alle, og hva som er våre største forbedringsmuligheter i svangerskapsomsorgen. Det er få som dør under fødsel i Norge, så det største behovet er for bedre helseovervåkning av svangerskapene. Et elektronisk helsekort for gravide ville vært et viktig neste skritt.

## Om studien

Den nye artikkelserien, *The Lancet's Ending Preventable Stillbirths Series*, ble utviklet av 216 eksperter fra mer enn 100 organisasjoner i 43 land, og omfatter 5 artikler. Den presenterer datamateriale som viser at de fleste dødfødsler kan forebygges. Serien er en oppfølging av forskningsgruppens artikkelserie om dødfødsler fra 2011, også publisert i The Lancet.

### Les mer:

- [Artikkel-serien i The Lancet: Ending Preventable Stillbirths](#)
- [Presentasjon av funnene i artikkelserien på nettsidene til The Lancet](#)

[1] 263 dødfødsler i 2014 i følge Medisinsk fødselsregister, se <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>, tabell F2a

Publisert: 19.01.2016, endret: 19.01.2016, 09:00

### Fakta om dødfødsler

- Hvert år skjer 2.6 millioner dødfødsler på verdensbasis.
- I Norge i 2014 var andelen 263 dødfødsler av 60 026 fødte. For ca en fjerdedel av dødfødslene i Norge finner man ingen dødsårsak.
- De viktigste medvirkende faktorene til dødfødsel er blant annet forskjellige former for morkakesvikt, svangerskapsforgiftning, andre morkakeproblemer som morkakeløsning, og for tidlig fødsel.
- Faktorer som sykdom og overvekt hos mor, at mor har røyket i svangerskapet, mors alder, fødselskomplikasjoner, og flerlinger har også betydning.

Referansekode i 'Helserådet': SEX 2016-4. Stikkord: Dødfødsler.