



Postboks 7004, St. Olavs plass
0130 Oslo

HELSE RÅDET

R A P P O R T

NYTT FRA EMNEBIBLIOTEK FOR SAMFUNNSMEDISIN OG FOLKEHELSEARBEID –
HELSEBIBLIOTEKET – NASJONALT KUNNSKAPSSENTER FOR HELSESTJENESTEN

23/12

14. desember 2012
20. årgang

ISSN 0806 - 7457

Nå også med nytt fra
Folkehelseinstituttet!

SAMFUNNSMEDISINER NOMINERT TIL ÅRETS KOMMUNEPROFIL

Bladet Kommunal Rapport har valgt ut fem kandidater som hver på sin måte har gjort en ekstra innsats i 2012. Bladet oppfordrer leserne til å gjøre seg opp sin mening og stemme.

Det er interessant og hyggelig å se at en aktet samfunnsmedisiner er blant de nominerte:

Hege Raastad Basmo, Kommuneoverlege i Hamar



Kommunal Rapport skriver om henne:

Alder:
50 år

Jobb: Prosjektleder for samhandlingsreformen i Hamar kommune og Hedmarksregionen. Medlem i Nasjonal koordineringsgruppe for samhandlingsreformen.

Nominert for: Å ha engasjert seg for helse-samhandling i flere år, lokalt og nasjonalt, særlig innen psykisk helse og rus.

Hege Raastad Basmo har som kommuneoverlege i Hamar siden 2009, og seks år i Stange før det, arbeidet for bedre samhandling mellom nivåene i hel-

sesesenet. Derfor var Hamar godt forberedt da samhandlingsreformen ble innført dette året.

En frisklivssentral og et diabetesteam er de nyeste tilbudene som er etablert i forbindelse med reformen. Basmo har vært sentral i arbeidet med å utrede en døgnåpen intermedisær avdeling og en samfunnsmedisinsk avdeling for de fire kommunene på Hedmarken – Hamar, Stange og Løten. Forslagene er nå til politisk behandling.

Særlig berømmes hun for arbeidet med å involvere fastlegene i den kommunale helsetjenesten, som er viktig i reformen. Hun har fått til dialog med fastlegene basert på respekt og tillit. De samarbeidsarenaene som finnes, brukes bevisst til relevant informasjon og diskusjon.

– Det handler om holdningen både hos kommunens folk og fastlegenes tillit-svalgte. Og så har vi fått orden på betalingen. Jeg er så fornøyd med fastlegene i Hamar, sier Basmo.

Kommuneoverlegen brenner aller mest for samhandling om psykisk helse og rus. Basmo var en av ildsjelene i K8-prosjektet, som har lagt grunnlaget for bedre samhandling mellom åtte kommuner i Hedmark og det distriktspsykiatriske senteret de tilhører.

– Hvis vi virkelig skal mene noe med samhandling, så er det de pasientene som sliter med psykiske lidelser og rus som trenger det aller mest, sier hun.

I den nasjonale koordineringsgruppen for samhandlingsreformen, hvor hun har representert «grasrota» i kommunene, har hun vært en pådriver overfor de sentrale myndighetene for å styrke psykisk helse og rus i reformen. Også

forts. neste side

HELSE RÅDET I 2013

Dette nummeret av 'Helserådet' sendes til alle nåværende og tidligere mottagere av 'Helserådet'. Vi har nylig sendt ut fakturaer til de samme med anmodning om å fornye abonnementet.

'Helserådet' har i januar 2013 vært utgitt i 20 år. D.v.s. at vi nå går inn i bladets 21. årgang. Vi tar sikte på 23 utgivelser i 2013 med omtrent samme format som nå, men med ny lay-out.

Abonnementsalternativene er følgende:

Papirversjon: 1 eksemplar i konvolutten hver gang: kr. 890,-
Papirversjon: 2-10 eksemplarer i konvolutten hver gang: kr. 1390,-
Papirversjon: 11-20 eksemplarer i konvolutten hver gang: kr. 1890,-
Elektronisk versjon: i pdf-format som vedlegg til e-post: kr. 610,-

Helt nye abonnenter kan bestille 'Helserådet' ved å sende e-post melding til smi@helsebiblioteket.no. Husk å oppgi hvilket alternativ som ønskes, adressat, postadresse, e-postadresse og kommunens navn.

De som har mottatt faktura/tilbud i egen post, kan bruke bankgiroen som bestilling.

Helserådet: Postboks 7004 St. Olavs plass, 0130 Oslo. www.helsebiblioteket.no. Redaktør Anders Smith.
Telefon 92 89 56 16.

i Hamar byr økonomien på utfordringer i samhandlingsreformens første år, men Basmo er grunnleggende positiv til reformen.

Kommunal Rapport orienterer om at de som mener Hege Raastad Basmo bør bli Årets kommuneprofil, kan sende sin stemme på sms til "profil 5" til 2131 innen 7. januar 2013.

For ordens skyld skal opplyses at de øvrige nominerte er:

Hilde Thorkildsen (Ap), ordfører i Nittedal
Eivind Hasne, konstituert rådmann i Halden
Hallgeir Grøntvedt (Sp), ordfører i Ørland
Helge Andre Njåstad (Frp), ordfører i Austevoll.

Referansekode i 'Helserådet': OLE 2012 – 13

Stikkord: Kommuneprofil. Basmo, Hege Raastad.

Interkommunalt samarbeid (1):

Red. innledning:

Vi har ikke for vane her i 'Helserådet' å sette inn annonser for ledige stillinger, men stillingen nedenfor er spesiell og verdt å merke seg i lys av samhandlingsreformen og bestrebelsene ellers for å få i stand interkommunalt samarbeid om helsetjenester.

Vi hadde 2 artikler i 'Helserådet' nr. 9/12 som omtalte planene i Indre Østfold for å sikre interkommunalt samarbeid. Den ene artikkelen gjaldt behovet for å kunne ta Askim sykehus tilbake for kommunale (interkommunale) oppgaver. Den andre artikkelen gjaldt planene om å etablere en samkommune mellom Askim og Eidsberg. Her er annonsen (i noe forkortet form). Legg merke til den samarbeidsformen som er valgt: IKS = interkommunalt selskap.



Tittel: Overlege

Kontraktstype: Fast stilling

Stillingsprosent: 100%

Sted: Askim

Arbeidsgiver: Indre Østfold medisinske kompetansesenter IKS

Søknadsfrist: 09-12-2012

Overlege ved Enhet for Døgnoophold ved Helsehuset

Helsehuset - Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter IKS er et interkommunalt selskap for de 7 kommunene i Indre Østfold. Kompetansesenteret er under etablering og utvikling, og viderefører eksisterende tjenester som legevakt og miljørettet helsevern. I tråd med samhandlingsreformen forberedes snarlig oppstart av øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

Den akuttmedisinske beredskapen i distriktet skal styrkes. På dagtid skal det være tilgjengelig legeressurs i distriktet som i samarbeid med fastlegen, hjemmesykepleien, legevakten eller ambulansetjenesten kan tilkalles for å avklare hvilke behandlingstiltak som er nødvendige. Kompetansesenteret vil ha egen velutstyrt bil som legen disponerer for dette arbeidet.

Selskapet skal også bidra til kompetanseutvikling og kunnskapsbasert praksis, og bistå eierkommunene ved revisjon og utvikling av avtaler med helseforetak.

Befolkningsgrunnlaget er 48.000 innbyggere og selskapet er lokalisert på tidligere Askim Sykehus. Enhet for Døgntilbud planlegges lokalisert på Edw.

Ruuds Omsorgssenter i Eidsberg mens lokalene ved senteret er under ombygging.

Stilling ledig som overlege ved Enhet for Døgnoophold i Helsehuset, Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter:

Stillingen inneholder følgende funksjonsområder:

Medisinsk faglig ansvarlig lege ved enhet for øyeblikkelig hjelp døgnoophold
Betjene legebil på dagtid

I samarbeid med medisinsk faglig ansvarlig lege ved Legevakten ha et faglig overordnet ansvar for det helhetlige akuttmedisinske tilbudet i regionen
Stillingen er ikke tillagt vakt eller helgearbeid.

Vi søker etter lege med interesse og erfaring innen akuttmedisin, gjerne også med erfaring fra allmennmedisin, indremedisin eller geriatri.

Det er dialog med Sykehuset Østfold om stillingen kan kombineres med deltidsstilling ved sykehuset, eventuelt som del av spesialistutdanning.

Det forutsettes gode norskkunnskaper skriftlig og muntlig. Søker må ha gyldig førerkort.

Vi kan tilby:

En spennende og utfordrende stilling innenfor et fagfelt av stor samfunnsmessig og offentlig interesse.

Varierte, utviklende og spennende arbeidsoppgaver

Stor mulighet for faglig utvikling

Samarbeid med dyktige kollegaer i tverrfaglig miljø

Gode pensjons- og forsikringsordninger

Lønn etter avtale.

Tiltredelse 1. april 2013.

Kontaktperson:

konstituert daglig leder Åsmund Kobbavik, tlf: +47 45 60 56 02,

e-post: asmund.kobbavik@askim.kommune.no

Kontaktperson:

kommuneoverlege Alf Johnsen, tlf: +47 95 06 13 03

Referansekode i 'Helserådet': OLE 2012 – 14

Stikkord: Interkommunalt samarbeid. Indre Østfold.

Interkommunalt samarbeid (2):

"BROHODE-OVERLEGE"

Av Anders Smith, redaktør av 'Helserådet':

Hva er nå dette for en tittel? Helt håpløs, selvfølgelig. Og aldri ment som en ny, selvstendig tittel. Men behovet for å ha et samfunnsmedisinsk "brohode" i en kommune som ellers deltar i en interkommunal løsning med interkommunal samfunnsmedisiner, vil trolig melde seg flere steder i landet. Jeg gjengir litt fra en korrespondanse med kommuneoverlege Helge Lund i Os, Holtålen og Rørøs og kommuneoverlege Tom Sundar i Rendalen.

Helge Lund skrev og fortalte at man er i oppstartfasen av et prosjekt Fjellregionen som skal utrede hensiktsmessigheten av én felles kommuneoverlege for hele regionen (til sammen 8 kommuner). Det stilles spørsmål om hvilken organisasjonsform som bør velges, hvem som vil være naturlige samarbeidspartnere og hvor stort område en slik kommuneoverlegestilling skal dekke hvis det bare skal være én felles kommuneoverlege.

Noe av det jeg svarte, gjengis her:

Legg merke til at de nye lovene fra nyttår (Folkehelsesloven og Loven om kommunale helse- og omsorgstjenester) åpner for ansettelse av én felles kommuneoverlege for flere kommuner. Dere bør derfor unngå ansettelse i stillingsbrosker i hver kommune.

Dere må ta stilling til om dere skal ha én eller to interkommunale kommuneoverlegestillinger. Folketallet på til sammen ca. 23.000 for alle kommunene, tilsier etter min mening én stilling. Inndeling i legevaktsdistrikter bør i denne sammenheng ikke være avgjørende. Det er allikevel så mange andre innde-

linger at en inndeling etter hvordan andre har inndelt seg, blir vilkårlig.

Hvis dere går for én felles kommuneoverlege (som Kai Brynjar Hagen i Nordland har valgt å kalle Sunnhetsoverlege), bør det være en heltids stilling. Dere bør, etter min mening, velge vertskommuneprinsippet, og dere bør sørge for at miljørettet helsevern er inndelt på samme måte. Kombinasjonen av kommuneoverlegen + miljørettet helsevern bør være det samfunnsmedisinske kraftsenteret for alle kommunene. Dette kraftsenteret bør også beskjefte seg med helsestatistikk.

Dere må ha et samfunnsmedisinsk "brohode" i hver kommune: en lege (f. eks. en samfunnsmedisinsk interessert allmennpraktiker) som du (hvis det er du som skal være "Sunnhetsoverlegen") kan samarbeide med og som nødvendigvis må utføre en del oppgaver lokalt, ikke minst være rådgiver for de øvrige helsefagene. Jeg vil anbefale deg, hvis du ikke allerede har gjort det, å snakke med Hege Lorentzen i Sel som nettopp er en slik felles kommuneoverlege i Nord-Gudbrandsdal. En slik løsning gjør det også mulig å etablere en samfunnsmedisinsk vaktordning i alle kommunene. Jeg har, som du kanskje har sett, skrevet flere artikler de senere årene under omtrent denne overskriften: "Har kommunelegen egentlig alltid vakt?" Nå bør man snart kunne svare nei på det spørsmålet.

Tom Sundar i Rendalen kommune kommenterte dette slik:

Ingen tvil om at "brohode"-legen er en viktig ressurs i dette samspillet – både i det lokale samarbeidet med interkommunal kommuneoverlege og med tanke på fremtidig rekruttering til faget samfunnsmedisin.

Brohodet får desto større betydning som støttespiller i distrikter med store avstander – som her i Nord-Østerdal. Og en ting til: Uten et sterkt brohode, er jeg redd for at rekrutteringen til faget samfunnsmedisin vil lide med interkommunal kommuneoverlege.

Referansekode i 'Helserådet': OLE 2012 – 15

Stikkord: Interkommunalt samarbeid. Brohode. Lund, Helge. Sundar, Tom. Smith, Anders.

HelseDirektoratet

HelseDirektoratet lanserte den 6. desember denne publikasjonen:

VEILEDER I SALGS- OG SKJENKEKONTROLL



Her gjengis forordet:

Alkoholloven har som mål å begrense samfunnsmessige og individuelle skader ved alkoholbruk. Som et ledd i dette sikter loven på å begrense forbruket av alkoholholdige drikkevarer, blant annet ved å hindre skjenking av mindreårige og åpenbart påvirkede. Et viktig virkemiddel er kommunens forvaltning av salgs- og skjenkebestemmelsene.

Denne veilederen skal bidra til å styrke kommunenes arbeid med salgs- og skjenkekontroll. Undersøkelser fra SIRUS viser at det mange steder skjer omfattende brudd på alkoholloven, både når det gjelder skjenking til åpenbart påvirkede og til mindreårige. I dag fanges dette i begrenset grad opp i de kommunale kontrollene.

HelseDirektoratet ønsker å understøtte kommunens arbeid med en ansvarlig alkoholhåndtering. Det kan skje gjennom en tydeligere systematikk, nedfelt i kommunenes alkoholpolitiske handlingsplaner. Viktige innsatsfaktorer vil være

- god forvaltning av alkoholpolitikken lokalt
- å heve kunnskapsnivået i alle ledd.
- å styrke samarbeidet mellom kommune, politi og bransje
- å styrke kommunenes kontroll slik at regelverket for salg og skjenking etterleves

I tråd med St.meld.nr. 30 (2011-2012) Se meg! anbefaler HelseDirektoratet at kommunene legger økt vekt på folkehelsehensyn, og at næringspolitiske hensyn balanseres i forhold til dette.

Vi har god kunnskap om at kontroll og sanksjoner ved brudd er helt nødvendig for å hindre skader. Derfor er det avgjørende med konsekvente reaksjoner fra kommunene når det skjer brudd på retningslinjene. HelseDirektoratet vil gjennom fylkesmennene og de regionale kompetansesentrene på rusfeltet (KoRus) bidra til at kommunene styrker samarbeidet med politiet og næringslivet for å fremme ansvarlig alkoholhåndtering.

HelseDirektoratet vil takke politiinspektør Siv Tone Syversen-Nordberg og seinorrådgiver Ingvild Hoel i Politidirektoratet, kommissarie Patrick Widell i Stockholmspolisen og KORUSene for bidrag og godt samarbeid under utarbeidelsen av veilederen. Vi vil også takke for høringsvar og viktige innspill fra øvrige bidragsyttere.

Bjørn Guldvog
HelseDirektør

Heftets tittel: Veileder i salgs- og skjenkekontroll
Utgitt: 12/2012 Publikasjonsnummer: IS-2038
Utgitt av: HelseDirektoratet Kontakt: Divisjon folkehelse
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo
Tlf.: 810 20 050 Faks: 24 16 30 01 www.helsedirektoratet.no
Heftet kan bestilles hos: HelseDirektoratet v/ Trykksakssekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no Tlf.: 24 16 33 68 Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi publikasjonsnummer: IS-2038
Forfattere: Bø Erlend, Ekerøth Dick
Forsidefoto: Istockphoto
Veilederen er utarbeidet i samarbeid med Politidirektoratet

Referansekode i 'Helserådet': RUS 2012 – 14

Stikkord: Skjenkekontroll.

HelseDirektoratet

FYSISK AKTIVITET PÅVIRKES AV SOSIALE FORSKJELLER



Fysisk aktivitet henger sammen med sosial klasse viser en ny rapport. En hovedutfordring framover er å utjevne forskjellene i aktivitetsvaner for å utjevne sosial ulikhet i helse.

Helseutfordringene i Norge er nært knyttet til levevaner. Disse påvirkes av sosialt miljø, levekår, sosioøkonomisk status, normer og forventninger i ulike grupper og samfunnslag. Fysisk aktivitet øker når den sosioøkonomiske posisjonen stiger. Barn av foreldre med høyere utdanning er mer aktive enn barn av foreldre med lavere utdanning viser rapporten «Fysisk aktivitet, omfang, tilrettelegging og sosial ulikhet – en oppdatering og revisjon» som

HelseDirektoratet bestilte i 2011.

I 2013 skal det utarbeides en ny tverrsektoriell folkehelsemelding. Rapporten

er et ledd i en større kunnskapsoppsummering. Det er viktig med et helhetlig blikk på statens innsatsområder og virkemiddelbruk for fysisk aktivitet i befolkningen.

Rapporten «Fysisk aktivitet, omfang, tilrettelegging og sosial ulikhet – en oppdatering og revisjon» viser blant annet:

- Unge enslige er mer aktive enn de i familiesituasjon.
- Voksne i stabile parforhold er mer aktive enn enslige.
- De som jobber mest, bruker mest tid på å trene.
- Den voksne befolkningen er mer aktive på fritiden.
- Flere benytter seg av helsestudioer.
- Flere driver med uorganisert trening (utenfor foreningene).
- Flere har et aktivt friluftsliv (skitur, fotturer osv.)
- Det er store forskjeller mellom sosiale klasser: høy sosial klasse (høy egen utdannelse, foreldre med høy utdannelse, egen bruttoinntekt og husstandens samlede inntekt) er nesten dobbelt så aktiv som den lavere klassen.

Idrettslagene gjør en god jobb blant barn og unge fram til 14-15 årsalderen, men innsatsen for den voksne befolkningen er beskjeden. Idretten bør oppprioritere vesentlig blant unge og voksne dersom den skal være en viktig folkehelseaktør. I rapporten blir idretten utfordret på frafall.

Spillemidler som benyttes til bygging av fotballanlegg kommet en begrenset del av befolkningen til gode. Unge menn i alderen 15 – 35 år dominerer helt bruken av fotballbaner, hvis man ser bort fra barn opptil 15 år. I rapporten konkluderes det at dersom en skal nå en større del av befolkningen med anlegg, må byggingen og finansieringen endres.

Spørsmål angående rapporten kan stilles til:

Gunnar Breivik på e-post: Gunnar.Breivik@nih.no og mobil: 95777756
Kolbjørn Rafoss på e-post: Kollis@hifm.no og mobil: 97163184

Spørsmål til Helsedirektoratet rettes til pressevakt, kommunikasjonsavdelingen, tlf. 810 20 050

Referansekode i 'Helserådet': FYS 2012 – 10

Stikkord: Sosial ulikhet.



HANDLINGSPLAN FOR BEDRE KOSTHOLD I BEFOLKNINGEN 2007 - 2011

WHO's ekspertgruppe har overlevert sin Evalueringsrapport fra handlingsplanperioden. Helsedirektoratet har også lagt fram sin Sluttrapport om arbeidet i planperioden. Hovedmålet med Handlingsplanen var å bedre kostholdet i hele befolkningen i tråd med helsemyndighetenes anbefalinger for ernæring og bidra til å redusere sosiale forskjeller i kosthold.

Handlingsplanen var den første i sitt slag i Norge og presenterte regjeringens tiltak for å fremme helse og forebygge sykdom gjennom et sunnere kosthold. Handlingsplanen var tverrdepartemental, og til sammen samarbeidet 12 departementer om utvikling og implementering av planen. Underveis i arbeidet har man fått god hjelp av ulike aktører på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå – innen offentlig, privat og frivillig sektor.

Bred gjennomgang av norsk ernæringspolitikk

En gruppe av 13 nasjonale og internasjonale eksperter har under ledelse av WHO gjennomgått norsk ernæringspolitikk med et spesielt fokus på Handlingsplanen. Rapporten fra dette arbeidet vil etter hvert bli publisert av WHO.

Det er igangsatt og gjennomført i alt 71 av 73 tiltak innen 10 ulike innsatsområder. Blant viktige tiltak i planperioden kan nevnes «Kostrådsrapporten», hvor oppdaterte og mer kvantifiserte kostråd legger grunnlaget for ernæringsarbeidet fremover, gratis skolefrukt for ungdomstrinnet og utvikling og implementering av Nøkkelhullet, Kokebok for alle, Fiskesprell, faglige retningslinjer og sty-

ringsverktøy som Kosthåndboka. Alle tiltak har vært støttet opp av kommunikasjons tiltak i ulike kanaler.

Sluttrapporten er Helsedirektoratets oppsummering av utvikling i kostholdet, resultater og erfaringer fra planperioden. Rapporten omtaler noen større satsinger og enkelttiltak. Sammen med eksempler på ernærings tiltak i fylkene gjenspeiler dette store deler av ernæringsarbeidet som er gjennomført i handlingsplanperioden, men alt som har foregått er ikke fanget opp.

En døråpner

Planen har vært et viktig verktøy for å fremme ernæringsarbeidet og vise bredde og kompleksitet i arbeidet på sentralt og regionalt/lokalt nivå. Mange, særlig på lokalt nivå har oppfattet plandokumentet som en «døråpner» (jfr. WHO-evalueringen). Flere tiltak er evaluert eller oppsummert og mange tiltak inngår i løpende arbeid.

Selv om det har vært en positiv utvikling med økt inntak av frukt, grønnsaker og matoljer og minsket inntak av sukker i planperioden, er det likevel et godt stykke igjen til myndighetenes kostholdsmål er nådd. Fremdeles er inntaket av fett og mettet fett for høyt.

Veien videre

WHOs eksperter påpeker blant annet at det er viktig å videreføre arbeidet med å øke kompetansen blant forbrukerne, styrke det lokale ernæringsarbeidet, bedre ernæringskompetansen i helsetjenesten og arbeide fram flere ernæringsrelaterte tiltak som kan utjevne sosiale forskjeller i helse.

Helsedirektoratet vil utarbeide konkrete anbefalinger for det videre arbeidet. Dette vil bli basert på erfaringer og resultater fra handlingsplanperioden, føringer i Nasjonal helse- og omsorgsplan, nye helselover og andre relevante dokumenter.

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2012 -15

Stikkord: Kostråd. Ernæringspolitikk.



Spør en forsker

ER DET SKADELIG Å UTSETTE MENSEN MED P-PILLER?

Ida Korneliussen
journalist

Mensen. Et treffende stygt ord på det kvinner har omtrent fem hundre ganger i løpet av livet.

Men noen damer sniker seg unna.

En forskning.no-leser lurer på om det er helseskadelig å utsette mensen, og har sendt inn dette spørsmålet til Spør en forsker:

Å fortsette på nytt pillebrett har lenge vært en metode unge jenter har brukt for å unngå mens på viktige dager.

Men nå virker det som om det skal veldig lite til for å utsette mensen, bare en liten fest eller en treningsøkt.

Er det helsemessig greit å gjøre dette ofte? Og hvor ofte og lenge kan mensen utsettes uten at det har noen helsemessig betydning?

Null stress

- Det er ingenting som tilsier at det er skadelig å utsette mens, sier Ole-Erik Iversen.



Utsette, eller ikke utsette?
(Foto: Colourbox)

Han er professor ved Institutt for klinisk medisin ved Universitetet i Bergen (UiB), og jobber ved kvinneklinikken på Haukeland universitetssykehus.

I 2006 sa han til VG at jenter godt kan droppe mensesen i ferien, men at man ikke er sikker på langtidsvirkningene av å utsette mens.

Det har ikke blitt publisert noe mer forskning på langtidseffektene siden dette.

Iversen mener allikevel at det er vanskelig å tenke seg at det å utsette mensesen kan ha noen skadelig effekt:

- Evidensbasert medisin, altså den delen av medisin som er basert på forskning, er bare 50 prosent av det vi driver med.

- Resten av dagens medisin baserer seg på at noe ser ut til å være bra etter lang erfaring.

Og basert på medisinsk erfaring mener altså professoren at mensutsettelse ikke er farlig, blant annet fordi p-pillene er mye svakere i dag enn da de aller første kom for over 50 år siden.

- Mindre hormoner nå enn før

I Norge kjøper vi mest kombinasjonspiller som inneholder både østrogen og gestagen. Les mer om hvordan p-pillen virker i faktaboksene på høyre side. Ole-Erik Iversen forteller at de første p-pillene som kom hadde et østrogeninnhold på 150 mikrogram.



Professor Ole-Erik Iversen fra UiB forteller at tusen jenter hvert år tar abort ved klinikken der han jobber, mange fordi de er redde for prevensjonsmidler. (Foto: UiB)

Hormontallet har gått gradvis nedover, og fra midten av 60-tallet og frem til 90-tallet hadde de vanligste p-pillene et østrogeninnhold på 50 mikrogram.

I dag er vi nede i 20 mikrogram.

Dette er hovedgrunnen til at professor Iversen mener utsetting er trygt:

- Kvinner får jo ikke en høyere dagsdose av østrogen selv om de utsetter mensesen med å ta pillene hver dag uten opphold, og den årlige østrogendosen vil allikevel være lavere enn den årlige dosen som p-pillebrukerne fikk før, sier han.

Ettersom pillene har blitt brukt i så høy dose i mange år mener forskeren at det ville dukket opp skaderapporter hvis det var noen spesielle problemer med å ta disse pillene over lang tid:

- Men det har vi altså ikke sett, sier Iversen.

Skremseloppdrag gir flere aborter

Iversen synes dødeligheten av p-piller iblant blir overdrevet i media.

Hvert år tar rundt tusen kvinner abort ved kvinneklinikken der han jobber. Iversen forteller at tallet øker i de periodene hvor media har hatt skremseloppdrag om p-piller:

- Omtrent en av tre kvinner tar abort flere ganger, mange fordi de er redde for prevensjonsmidler.

Han vil derfor sette p-pillefaren i perspektiv med å trekke frem tall på noe av det andre som tar norske kvinnelig:

- Av hundre tusen kvinner som røyker her i landet tar røykingen 167 kvinnelig hvert år.
- Tolv kvinner mister livet i trafikkkulykker hvert år.

- Omtrent fire per 100 000 kvinner mister livet i forbindelse med graviditet og fødsel i Norge hvert år, i følge en artikkel i Tidsskrift for Den norske legeförening.

- Det er til enhver tid rundt 200 000 norske kvinner som går på p-piller. Kun en av 100 000 mister livet hvert år på grunn av p-piller, sier Iversen.

Blodpropp er noe av det som kan føre til døden for p-pillebrukere, men det er ikke så farlig som det kan høres ut i media, mener Iversen.

Større blodproppfare ved graviditet

Iversen sier at flertallet av de som får blodpropp av p-piller er kvinner som har koagulasjonsforstyrrelser, altså at blodet deres levrer seg lettere og dermed kan gi blodpropp.

Hvis noen i slekten din har fått uforklarlig blodpropp i ung alder kan du undersøke deg hos legen før du begynner på pillen.

Forskning.no skrev nylig om akkurat dette:

- Les mer Nye p-piller dobler blodpropp-risiko

Iversen legger til at graviditet er en enda større blodpropprisiko for disse kvinnene.

- Jeg tror en del leger sier at det er så skummelt med blodpropp at det er bedre å ikke ta p-piller, sier professoren.

Han er i så fall ikke enig med dem.

- Jeg mener at i et totalregnskap vil kombinasjons p-piller for de fleste være det beste, så lenge man ikke er i gruppen med økt blodpropprisiko.

- P-sprøyte og p-stav er eksempler på prevensjonsmidler uten østrogen, og dermed også uten den økte faren for blodpropp, men de har samtidig heller ikke de gunstige effektene.

Dette begynner å høres ut som en reklameannonse for p-piller, men det er faktisk bevist at den lille pillen er bra for helsen på et par områder.

Mindre kreft

P-pillebrukere har blant annet redusert risiko for kreft i eggstokkene og livmorslimhinnen, og pillene reduserer risikoen for bekkeninfeksjon og andre infeksjoner som kan gi sterilitet.

- Samt at pillen beskytter mot fødsel og graviditet, som er noe av det farligste kvinner utsetter seg for, legger Iversen til.

På 80-tallet dukket det opp en studie som sa at p-piller gir økt fare for brystkreft. Det viste seg imidlertid at denne studien var feil, og Verdens helseorganisasjon (WHO) foretok da en samlingsstudie på brystkreft og p-pillebruk.

De fant ingen sammenheng.

- Tolkningen til WHO er at det ikke er mer brystkreft blant p-pillebrukere, men at flere kvinner i denne gruppen undersøkes. Altså at den litt høyere forekomsten dermed ikke har noe med p-pillene å gjøre, sier Iversen.

Forskning.no har skrevet flere artikler som tar for seg dette vanskelige dilemmaet i kreftstudier:

- Les mer: Hormonbruk ga mange kvinner brystkreft (se: forskning.no)

Professor Iversen er altså veldig positiv til langtidsbruk av p-piller, men mener han at det egentlig er like greit om vi bare utsetter mensesen helt til vi eventuelt ønsker å bli gravide?

Og hva med mensesen i seg selv, har ikke den en funksjon som kroppen vår vil savne?

Falskt blod

- Sannsynligvis er det både trygt og hensiktsmessig for mange å ikke ha menstruasjon, svarer Iversen.

Vanlig mensblod kommer fordi livmorslimhinnen vokser til den faller av, og det begynner å blø fra sårflaten.

Kvinner er konstant i en hormonsyklus, og hormonverdiene faller etter eggløsningen når man ikke blir gravid. Men når du tar p-piller får du ikke eggløsning.

- Den menstrausjonslignende blødningen man får i p-pille pausen er jo ikke noen naturlig eller vanlig menstrausjon. Livmorslimhinnen vokser på grunn av hormonene, ikke på grunn av at kroppen selv setter det i gang, sier Iversen.

- Dette blodtapet er derfor egentlig ikke hensiktsmessig, legger han til.

Han mener at man like godt kunne latt være å legge inn en menstrausjonsperiode da de første pillene kom.

- Grunnen til at de gjorde det er at man tenkte at dette skulle gjøres mest mulig naturlig, men det er jo ingenting naturlig med p-piller, så hvorfor prøve å gjøre det unaturlige naturlig? spør han retorisk.

Ulovlig forskning

Det mangler som sagt forskning på langtidseffektene av mensutsettelse, og det er kanskje ikke så rart.

Når forskere forsker på legemidler pleier de å sammenligne studiegruppen med andre grupper.

- Og hvem skal vi sammenligne med? spør Iversen, og legger til at det ikke er mulig å sammenligne for eksempel spiralbrukere med p-pillebrukere.

I studier uten to direkte sammenlignbare grupper kan forskerne ty til narremedisin for å sjekke effekten.

- Da man skulle teste ut p-pillen på 50-tallet gav man kontrollgruppen placebo, og kvinnene visste dermed ikke om de var beskyttet eller ikke.

- Resultatet av denne forskningen ble at p-pillen virket veldig godt som prevensjonsmiddel, forteller professoren.

Dette var før vi fikk et etiske regelverk på slik forskning, og er altså ulovlig i dag.

Enige kvinneforskere

Iversen har merket seg det samme som forskning.no-leseren fra leser spørsmålet, at det virker som det har blitt mer vanlig å utsette mensene:

- Jeg tror det er mer vanlig både å utsette for korte perioder, og å velge å ikke ha menstrausjon i lange perioder, som et år, sier han.

Forskning.no kontaktet flere kvinnehelseforskere til denne artikkelen.

Alle var enige med Iversen i at det ikke er noe som tilsier at det skal være skadelig for kroppen å utsette mensene med p-piller.

Det er imidlertid ikke lett å vite hva man ikke vet.

- Hormoner har mange effekter som vi ofte ikke har full oversikt over, sa Steinar Madsen i Statens legemiddelverk til forskning.no i 2009:

- Les mer: - P-piller svekker treningseffekt (se: forskning.no)

Hva er det i p-piller?

P-piller inneholder en kombinasjon av to stoffer som virker på samme måte som kjønnshormonene østrogen og progesteron.

Alle p-piller inneholder det samme østrogenlignende stoffet, etinyløstradiol, mens gestagenet, et progesteronlignende hormon, i pillene varierer.

Kilde: snl.no

Hvordan virker p-pillen?

P-pillene virker på tre måter:

1) Eggløsningen hemmes ved påvirkning av de overordnede kjønnshormonene i hypofysen. Hypofysen er et lite organ som ligger på undersiden av hjernen vår, som blant annet produserer og lagrer hormoner.

2) Slimet i livmorhalsen blir mindre gjennomtrengelig for sædceller.

3) Slimhinnen i livmoren blir mindre mottagelig for et eventuelt befruktet egg.

Kilde snl.no

Referansekode i 'Helserådet': SEX 2012 – 28

Stikkord: Helsestasjoner. P-piller. Menstruasjonsutsettelse.

Verdens aidsdag 2012

Kunnskap og solidaritet

Publisert 29.11.2012 , oppdatert: 30.11.2012, 15:13

Verdens aidsdag (VAD) markeres den 1. desember hvert år. Dagen skal øke oppmerksomheten om hiv/aids-epidemien nasjonalt og internasjonalt. Det er også en dag for å vise solidaritet med alle som er rammet av hiv/aids, med særlig fokus på menneskerettigheter. Dagen markeres med en rekke ulike arrangementer rundt om i landet.



I Trondheim markeres aidsdagen med lysmesse i Vår Frues kirke og i Bergen serveres gløgg og pepperkaker på Torgalmenningen. Stavanger arrangerer solidaritetsmarkering og i Drammen blir det informasjonsstands flere steder i byen. Hovedarrangementet i Oslo foregår på Oslo Sentralbanestasjon.

HivNorge inviterer til fagkonferanse fredag 30. november under tittelen: «Hvor langt er forskerne kommet og hvordan foregår forskning for å komme fram til en vaksine?»

Fagkonferansen holdes kl. 10-14 i Nationalgalleriets auditorium i Universitetsgata 13 i Oslo.

Helse- og omsorgsminister Jonas Gahr Støre vil holde innlegg på konferansen. Videre blir det blant annet foredrag av professor Dag Kvale ved Oslo universitetskykehus, Fiona Barr fra International Aids Vaccine Initiative, Céline Mias fra International Partnership for Microbicides og Maja Sommerfeldt fra Bionor Pharma. Konferansen er åpen for alle.

Informasjonsvideo om hiv

Folkehelseinstituttet har utviklet en animasjonsfilm med grunnleggende informasjon om hiv. Filmen er først og fremst laget til bruk i helsetjenesten på asylmottak o.l. og skal derfor etter planen tilbys på flere språk.

Informasjonsvideo om hiv from Folkehelseinstituttet on Vimeo. (se: www.fhi.no)

Animasjonsfilm med grunnleggende informasjon om hiv, utviklet av Folkehelseinstituttet. Filmen er først og fremst laget til bruk i helsetjenesten på asylmottak o.l.

Produksjon: Milestep, Stemme: Frode Stang. Videoen er 3,26 min lang.

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=100341>

Relaterte lenker (se: www.fhi.no)

- UNAIDS
- Verdens Aidsdag (VAD)

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2012 - 121

Stikkord: Hiv. Aids.

Verdens aidsdag 2012

- Test og vit

Publisert 29.11.2012, oppdatert: 30.11.2012, 08:57
Stikkord: Hivinfeksjoner (aids), Aids (se Hivinfeksjoner)

Foreløpige tall fra Folkehelseinstituttet viser en liten nedgang i diagnostiserte hivtilfeller i Norge i 2012. Nedgangen kommer i hovedsak blant menn som har sex med menn (MSM) og innvandrere smittet heteroseksuelt før ankomst Norge. For de andre gruppene er det små endringer fra 2011. Økt testaktivitet og kondombruk er de viktigste forebyggende tiltakene.

Det er hittil i 2012 meldt inn 186 nye hivtilfeller til Folkehelseinstituttet, 131 menn og 55 kvinner. I tillegg er det påvist 35 hivtilfeller ved laboratoriene som legene ennå ikke har meldt til MSIS, og som foreløpig ikke er inkludert i hivstatistikken. Dersom denne utviklingen holder seg ut 2012 vil det bli diagnostisert i underkant av 250 nye tilfeller i år mot 269 i 2011.

Totalt er det per 30.11.12 meldt 5082 hivtilfeller i Norge, 3426 menn og 1656 kvinner.

Tabell 1. Hivinfeksjon i Norge etter smittemåte og diagnoseår (meldt MSIS per 30.11.12).

Smittemåte	<03	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	Total	%
Heteroseksuell	1120	153	161	134	164	141	185	171	157	155	105	2646	52,1
- smittet mens bosatt i Norge	409	34	42	33	42	41	46	44	57	46	37	831	-
- smittet før ankomst Norge	711	119	119	101	122	100	139	127	100	109	68	1815	-
Homoseksuell	836	57	71	56	90	77	92	88	85	97	62	1611	31,7
Sprøytemisbruk	473	13	15	20	7	13	12	11	11	10	9	594	11,7
Via blod-/blodprodukt	46								1			47	0,9
Fra mort til bam	29	5	1	5	6	9	4	4	1	4	6	74	1,5
Annen/ukjent	51	10	2	4	9	8	6	9	4	3	4	110	2,2
Total	2555	238	250	219	276	248	299	284	258	269	186*	5082	100,0

* Representerer kun meldte tilfeller frem til 30. november 2012. Det er i tillegg diagnostisert 35 hivtilfeller i 2012 som legene ennå ikke har meldt til MSIS.

- Det er blant MSM vi har sett den mest bekymringsfulle hiv-utviklingen de siste 10 årene med nær en tredobling av antall meldte hivtilfeller, sier seniorrådgiver Øivind Nilsen. Etter å ha jobbet med hiv-overvåkingen i Norge siden starten i 1986, kjenner han den epidemiologiske situasjonen svært godt.

- Også antall meldte tilfeller av syfilis og gonoreé i gruppen har økt kraftig de siste årene og viser at mange MSM nå praktiserer usikker sex. Selv om vi i 2012 får en nedgang i meldte hivtilfeller i denne gruppen, fra 97 tilfeller i 2011 til om lag 75-80 tilfeller i 2012, er det for tidlig å si om dette betyr redusert smittespredning. Det har vært vanlig at hivtallene har gått noe ned etter høye hivtall året før, sier Nilsen.

Tidlig diagnostikk og god oppfølging

- Vi regner med at de mange nysmittede med høye virusmengder i blodet som ikke kjenner sin hivstatus, er en viktig faktor for utbruddet blant MSM. Tidlig diagnostikk er derfor et viktig tiltak, sier han. I 2012 ble det etablert tilbud om hurtigtesting for hiv ved en rekke klinikker for seksuelt overførbare infeksjoner i våre større byer. I tillegg åpner Helseutvalget for bedre homohelse et lavterskeltilbud med hurtigtesting den 1. desember.

-Vi håper disse lavterskeltilbudene kan øke testaktiviteten blant smitteutsatte MSM som kanskje har vegret seg mot å ta en tradisjonell hivtest i helsevesenet. Med dagens gode hivbehandling er det ingen grunn til å gå rundt med en udiagnostisert hivinfeksjon. «Test og vit» kan være en fin parole i anledning aidsdagen, sier Nilsen.

- På den måten tar du ansvar både for egen og andres helse. Glem imidlertid ikke at det viktigste primærforebyggende tiltaket er å få opp kondombruken i alle risikoutsatte grupper. MSM viste på 1990-tallet at det var mulig å holde hivtallene nede og det bør være fullt mulig å få ned både hiv, gonoré - og syfilistallene igjen i denne gruppen, sier seniorrådgiveren.

Blant asylsøkere/innvandrere ser hivtallene ut til å gå ned i 2012 i forhold til de siste årene. Dette er en naturlig følge av at det nå kommer færre asylsøkere til Norge. I likhet med MSM, må flyktninger, asylsøkere og familieegjenforente fra land med høy hivforekomst, fortsatt gis høy prioritet i forebyggingsarbeidet. Folkehelseinstituttet antar at om lag 1300-1500 innvandrere nå lever med hiv i Norge. Denne gruppen representerer hvert år om lag halvparten av alle nydiagnostiserte.

Et viktig mål i det forebyggende arbeidet vil fortsatt være å sikre tidlig diagnostikk og god oppfølging av de hivsmittede i denne gruppen, samt sikre innvandrerpopulasjonen i Norge tilstrekkelig kunnskap om hiv til å møte det økende smittepresset både internt i innvandremiljøene i Norge og på reise i utlandet.

Langtidstrenden blant heteroseksuelle som er smittet mens de er bosatt i Norge, har vært en svakt økende hivinsidens. Denne trenden antas å fortsette, selv om hivtallene i denne gruppen også går noe ned i 2012. Det er så langt i år meldt 37 hivtilfeller i denne gruppen, 25 menn og 12 kvinner. Både i Norge og verden rundt oss øker antall hivsmittede heteroseksuelle. Med fortsatt lav trusseloppfatning i forhold til smitterisiko, og lav kondombruk ved tilfeldig sex, øker sårbarheten også for denne gruppen. Blant heteroseksuell ungdom i Norge påvises hiv fortsatt sjeldent.

Forekomsten av hiv blant stoffmisbrukere i Norge holder seg på et stabilt lavt nivå med rundt ti påviste tilfeller i året. Mor/barn smitte er under god kontroll i Norge. Siste påviste tilfelle av mor/barnsmitte hos barn født i Norge var i 2000. Alle barn påvist med mor/barnsmitte etter 2000 er altså født i utlandet sier Nilsen.

Statistikk for hiv/aids og andre seksuelt overførbare infeksjoner oppdateres daglig og er fritt tilgjengelig for alle på www.msis.no. Med funksjonen «lag din egen tabell» kan man fordele tilfellene både etter smitemåte og lage statistikk ned på fylkesnivå.

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=100340>

Relaterte lenker (se: www.fhi.no)

- Verdens Aidsdag (VAD)

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2012 – 122

Stikkord: Hiv, Aids.

Ny rapport

Invasive infeksjoner 2011

Publisert 29.11.2012, oppdatert: 29.11.2012, 16:32

Folkehelseinstituttet har utgitt en rapport som omfatter følgende invasive infeksjoner rapportert i 2011: meningokokksykdom, streptokokkinfeksjoner, pneumokokkinfeksjoner og *Haemophilus influenzae*-infeksjoner.

Folkehelseinstituttet har utgitt en rapport som omfatter følgende

invasive infeksjoner rapportert til Folkehelseinstituttet i 2011:

- meningokokksykdom
- streptokokkinfeksjoner
- pneumokokkinfeksjoner
- *Haemophilus influenzae*-infeksjoner

Rapporten baserer seg på data fra nasjonal overvåking av disse bakteriene ved Folkehelseinstituttets laboratorier, landets meldingssystem for smittsomme sykdommer, MSIS, og det nasjonale vaksinasjonsregisteret, SYSVAK.

Meningokokksykdom:

Forekomsten av systemisk meningokokksykdom er for tiden lav i Norge. Stammeovervåkingen viser i de siste årene en betydelig økning av serogruppe Y stammer. Folkehelseinstituttet gikk derfor ut i 2011 med anbefaling om at ungdom som skulle delta aktivt i russefeiring våren 2012 vurderte å vaksinere seg med meningokokk ACWY-konjugatvaksine.

Streptokokkinfeksjoner:

Det er en liten oppgang i insidensrate for systemisk streptokokk A-infeksjoner i 2011 med 3,6 tilfeller per 100 000 innbyggere. Mer enn ¾ av pasienter er over 40 år.

Pneumokokkinfeksjoner:

Etter introduksjon av 7-valent konjugert pneumokokkvaksine i barnevaksinasjonsprogrammet i 2006 ble det observert en nedgang i antall meldte tilfeller blant barn og på grunn av flokkeffekt etter vaksinasjon er også insidensraten blant eldre \geq 65 år betydelig redusert.

Haemophilus influenzae-infeksjoner:

Insidensrate var på 1,7 tilfeller per 100 000 innbyggere i 2011. Kun to av tilfellene var forårsaket av serotype b som det vaksineres mot.

For bestilling/nedlastning av rapporten: (se: www.fhi.no)

Årsrapport 2011 for sykdomsprogrammet: Invasive sykdommer

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2012 – 123

Stikkord: Invasive infeksjoner.

Ny coronavirussykdom i Midtøsten - en oppdatering

Publisert 29.11.2012, oppdatert: 30.11.2012, 15:31

Stikkord: Reise, sykdommer og reisevaksiner

Verdens helseorganisasjon rapporterer at det nå er meldt seks bekrefte tilfeller av det nye coronaviruset som ble identifisert i september i år, hvorav to er døde. Alle de seks tilfellene har hatt symptomer på alvorlig, akutt luftveisinfeksjon og har besøkt eller oppholdt seg i Saudi-Arabia eller Qatar i perioden juni til november 2012. Helsepersonell bør være oppmerksom på muligheten for at også norske reisende som har oppholdt seg i Midtøsten og som i løpet av de siste 10 dagene etter oppholdet har utviklet de første symptomer eller tegn på pneumoni (lungebetennelse) av ukjent årsak eller akutt lungesviktsyndrom (ARDS) kan være smittet med viruset.

Coronavirus tilhører en stor gruppe virus som blant annet omfatter forkjølelses- og andre luftveisvirus, hvorav noen kan gi alvorlig sykdom. Et coronavirus var årsak til SARS-utbruddet i 2003. Det nye coronaviruset som nå er oppdaget er genetisk forskjellig fra viruset som forårsaket SARS og er nærmest beslektet med en gruppe coronavirus hos flaggermus.

Kilden og antatt smittevei for dette nye viruset er foreløpig ukjent. To av tilfellene i Saudi-Arabia er fra samme husstand. Bortsett fra denne ene familien har man ikke kunnet finne noen forbindelse mellom de syke. Man har derfor foreløpig ikke sikre holdepunkt for

å si at viruset smitter mellom mennesker. Smitte fra dyr er en mulig kilde. Foreløpig er risikoen for smitte begrenset til Saudi Arabia og Qatar. Ingen tilfeller har blitt påvist eller mistenkt i andre verdensdeler. Risikoen for smitte til Norge ansees derfor som liten.

Økt overvåkenhet helsepersonell

Helsepersonell bør være oppmerksom på muligheten for at også norske reisende som har oppholdt seg i Midtøsten og som i løpet av de siste 10 dagene etter oppholdet har utviklet de første symptomer eller tegn på pneumoni (lungebetennelse) av ukjent årsak eller akutt lungesviktsyndrom (ARDS) kan være smittet med viruset. Med Midtøsten menes landene omkring den østlige del av Middelhavet og østenfor, samt landene ved den persiske bukt. Tyrkia regnes ikke som en del av Midtøsten. Ved mistenkt tilfelle bør pasienten sykehussinnlegges. Luftsmitteregime bør benyttes ved slike mistenkte tilfeller til man kan avkrefte diagnosen. Helsepersonell som behandler bekreftede tilfeller av denne sykdommen og kontakter av slike pasienter bør følges opp og overvåkes for mulige symptomer.

Personer som har oppholdt seg i Midtøsten og som utvikler tegn på lungebetennelse (hoste, feber, brystmerter, pustebesvær) bør kontakte lege. Som ved alle coronavirusinfeksjoner er god håndhygiene et viktig forebyggende tiltak.

Laboratoriediagnostikk

Avdeling for virologi på Folkehelseinstituttet har tilgjengelig diagnostisk test for det nye viruset og kan ta imot prøver fra innlagte pasienter for påvisning av det nye viruset. Aktuelle prøvematerialer vil være prøve fra øvre og særlig nedre luftveier. I de to første tilfellene har viruspåvisning vært mest vellykket med materiale fra nedre luftveier og dette bør prioriteres. Anfør kliniske opplysninger inkludert reisehistorikk og annen epidemiologisk relevant informasjon, og merk remissen tydelig om mistanke om nytt coronavirus. Håndtering av prøvematerialer i laboratoriet bør skje ved minst inneslutningsnivå 2.

Når man prøvetar pasienten anbefaler Folkehelseinstituttet at det tas to sett med luftveisprøver (for eksempel to sett av nasopharynkssekret og bronkealskylling). Det ene settet analyseres lokalt for vanlige luftveisagens og samtidig sendes det andre settet til avdeling for virologi ved FHI til analyse for spesifikk coronavirus PCR. Transport kan foregå som biologisk stoff kategori B.

Varsling av mistenkt tilfelle

Helsepersonell som mistenker eller påviser et slikt tilfelle skal etter Forskrift om varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse (IHR-forskriften) umiddelbart varsle kommuneoverlegen. Dersom det ikke er mulig å få varslet kommuneoverlegen, skal Folkehelseinstituttet varsles direkte. Kommuneoverlegen skal varsle fylkesmannen og Folkehelseinstituttet. Folkehelseinstituttet varsles ved å ringe den døgnåpne Smittevernvakta, tlf. 21 07 63 48.

Det europeiske smittevernssenteret ECDC har utgitt en risikovurdering hvor de konkluderer med at det mest sannsynlig dreier seg om et virus som smitter fra dyr eller en kilde i miljøet med tilfeldig smitte til personer som blir eksponert (se lenke nedenfor)

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=100334>

Relaterte lenker (se: www.fhi.no)

- Informasjon om det nye coronaviruset fra Verdens helseorganisasjon
- Risikovurdering fra det europeiske smittevernssenteret (ECDC)

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2012 – 124

Stikkord: Coronavirus.

Ny metode kan avsløre

Hvorfor blir man lettere avhengig av heroin enn av morfin?

Publisert 29.11.2012 , oppdatert: 29.11.2012, 11:29

Tekst: Ingunn J Brenne, godkjent Vigdis Vindenes

Stikkord: Avhengighet, Heroin

Heroin omdannes i kroppen til et stoff som kalles 6-MAM, som igjen omdannes til morfin. Hvorfor er det da slik at injisert heroin gir sterkere ruseeffekt og er mer avhengighetsskapende enn injisert morfin? Gjennom utviklingen av en ny metode håper forskere ved Folkehelseinstituttet å komme et skritt nærmere svaret.

Vi er vant til at blodprøver er tingen når vi skal vurdere fremmedstoffers virkning i kroppen. Men når vi vil undersøke hvordan narkotiske stoffer og legemidler påvirker oss, er ikke blodprøver alltid det mest hensiktsmessige. Selv om det er godt dokumentert at stoffkonsentrasjonen i blod som oftest reflekterer konsentrasjonen i organet der stoffet virker, gjelder ikke dette i alle tilfeller.

For stoffer som påvirker hjernen kan det for eksempel være mer relevant å måle konsentrasjonene i væsken som omgir hjernecellene, men av praktiske og etiske grunner kan ikke dette gjøres i mennesker. Nå har forskere ved Folkehelseinstituttet etablert en modell i rotter, for å lære mer om hva som skjer med heroin i hjernen.

Måler den frie konsentrasjonen av stoffene i hjernen

Tidligere studier har vist at når heroin injiseres direkte i blodet (intravenøst), oppnås det en kraftigere ruseeffekt enn ved tilsvarende injeksjon av morfin. Man vet imidlertid lite om hvorfor det er slik, da de frie konsentrasjonene av heroin og den aktive metabolitten 6-MAM aldri tidligere er blitt målt i selve hjernen.

Ved å benytte en teknikk som kalles mikrodialyse, kombinert med avanserte kjemiske analysemetoder, kan vi for første gang nøyaktig bestemme den frie konsentrasjonen av heroin, 6-MAM og morfin samtidig i den ekstracellulære væsken som omgir hjernecellene hos rotter som blir gitt heroin. Dette er et viktig skritt på veien til å forstå heroins virkningsmekanismer.

Om heroin

- Heroin er et sterkt vanedannende rusmiddel.
- Etter inntak omdannes det i kroppen til 6-monoacetylmorfin (6-MAM), og deretter til morfin.
- Vi må vurdere konsentrasjonene av heroin og nedbrytningsproduktene av heroin i hjernen samlet, for å forstå hvilke av disse som gir ruseeffekt og kan føre til avhengighet.

Referansekode i 'Helserådet': RUS 2012 – 13

Stikkord: Heroin. Morfin.

Røyking i svangerskapet påvirker gener

Publisert 29.11.2012 , oppdatert: 29.11.2012, 10:15

Illustrasjonsbilde:
Colourbox.com



Røyking i svangerskapet kan føre til endringer i

hvordan gener hos barnet uttrykker seg. Dette er funnet i en ny studie fra den norske Mor og barn-undersøkelsen. Kunnskapen om at røyking påvirker barnets helse er ikke ny, men at dette kan skje gjennom genetisk påvirkning er nye funn.

Prøver tatt fra navlesnora ved fødselen er lagret fra over 70 000 nyfødte i en biobank for den norske Mor og barn-undersøkelsen (MoBa). I en delstudie ble 1062 prøver undersøkt for innhold av kotinin, som er en markør for røyking. Av disse hadde 136 (12,8%) høye nok mengder kotinin til å kalles dagligrøykere, noe som stemte godt overens med mødrenes egen rapportering om røykevaner i svangerskapet.

Om gener blir lest av i cellene kommer blant annet an på hvor tett pakket sammen genene ligger i cellekjernene. Kjemiske forbindelser som henger på DNA-tråden er med på å styre om gener leses av. Dette kalles epigenetiske forandringer og kan ha betydning for sykdom og helse. I denne studien ble det undersøkt i hvor stor grad gener var koblet sammen med en spesiell kjemisk forbindelse (metyl-gruppe) og om det var forskjeller mellom barn som var utsatt for røyking i svangerskapet og barn som ikke var det.

Forskerne fant at barn av mødre som røykte i svangerskapet hadde epigenetiske forandringer på ti ulike gener. Undersøkelsene ble gjennomført i prøver fra en annen gruppe nyfødte fra Nord-Carolina i USA, og funnene ble bekreftet her.

Stoffer barnet utsettes for i svangerskapet ser ut til å påvirke hvilke gener som er aktive hos barnet. Mange faktorer i fosterlivet ser ut til å ha betydning for senere helse, og epigenetiske forskjeller kan være med på å forklare hvordan dette skjer. Tiden før fødsel kan være en spesielt sårbar periode for slik påvirkning. Forskerne ved Folkehelseinstituttet samarbeider videre med forskere i USA for å undersøke om andre faktorer i svangerskapet kan ha tilsvarende påvirkning som røyking. Et annet viktig felt er om slike epigenetiske forskjeller kan være med på å forklare variasjonen som man ser i for eksempel fødselsvekt når barnet er utsatt for røyking i svangerskapet.

Referanse til artikkelen

450K epigenome-wide scan identifies differential DNA methylation in newborns related to maternal smoking during pregnancy. Joubert BR, Håberg SE, Nilsen RM, Wang X, Vollset SE, Murphy SK, Huang Z, Hoyo C, Midttun Ø, Cupul-Uicab L, Ueland PM, Wu MC, Nystad W, Bell DA, Peddada SD, London SJ. *Environ Health Perspect* 2012; 120:1425–1431.

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=100324>

Relaterte lenker (se: www.fhi.no)

- Sammendrag av studien i PubMed: 450K epigenome-wide scan identifies differential DNA methylation in newborns related to maternal smoking during pregnancy

Referansekode i 'Helserådet': TOB 2012 – 7

Stikkord: Røyking i svangerskapet.

Sammenheng mellom fars alder og sønnens vekt

Publisert 26.11.2012, oppdatert: 29.11.2012, 23:10
Stikkord: Fedme (se Overvekt), BMI (KMI), Gener

Menn som var født da fedrene var 50 år eller eldre har høyere sannsynlighet for fedme enn menn som var født da fedrene var tenåringer, viser en ny studie fra Folkehelseinstituttet.

Fedme er ett av de største helseproblemene i vår tid. For å kunne

utforme virksomme tiltak mot problemet, trenger man best mulig innsikt i hvilke forhold som fører til fedme. Det kan være mange faktorer som spiller en rolle, men i denne studien har forskerne hovedsakelig sett på sammenhengen mellom fars alder ved fødselen og forekomst av fedme i nesten 350 000 unge menn i Norge født i perioden 1967-1984.

Etter å ha justert for diverse bakgrunnsfaktorer fant forskerne ut at sannsynligheten for fedme hos mennene som var født da fedrene var 50 år eller eldre, var 55 % høyere enn sannsynligheten for fedme hos mennene som var blitt født da fedrene var tenåringer.

Endringer i arvestoffet

En mulig forklaring på denne sammenhengen kan være fordi punktmutasjoner, som er små endringer i arvestoffet (DNA), hopper seg opp i sædcellene med alderen.

– I den vestlige verden blir et barn i gjennomsnitt født med 50 til 100 nyoppståtte punktmutasjoner i sitt arvestoff, forteller seniorforsker Willy Bjarne Eriksen ved Divisjon for psykisk helse.

– Antallet nye punktmutasjoner øker med fars alder på unnfangelsestidspunktet. Dette er fordi cellene som danner grunnlag for sædproduksjonen, deler seg mange ganger i året gjennom hele det forplantningsdyktige livet til en mann. For hver gang disse cellene deler seg, må det lages et nytt eksemplar (kopi) av DNA, og i den forbindelse er det risiko for at det oppstår en kopifeil i DNA, forklarer Eriksen.

For å få et sammenligningsgrunnlag, så forskerne også på effektene av mors alder ved fødselen, men de fant ingen tegn til at risikoen for fedme økte med mors alder ved fødsel. Dette kan være fordi eggcellene ikke får like mange punktmutasjoner.

– Eggcelledelingen var over allerede da mor ble født, slik at antallet punktmutasjoner i eggcellene påvirkes ikke av mors alder, forteller Eriksen.

Andre mulige forklaringer

Effekten av punktmutasjoner er ikke den eneste mulige forklaringen på funnene. For eksempel kan overvektige foreldre overføre en arvelig disposisjon for overvekt til barna. Hvis overvektige mennesker også er tilbøyelige til å gifte seg og få barn i en høyere alder enn det slanke mennesker er, kunne dette føre til en statistisk sammenheng mellom høy alder ved barnas fødsel og fedme hos barna.

– Men hvis dette var av betydning, ville man kanskje forventet den samme effekten av mors alder som den vi fant for fars alder. Og slik var det ikke, sier Eriksen.

En annen mulig forklaring er at eldre fedre er mindre fysiske aktive, og dermed deltar mindre i sportsaktiviteter med barna sine.

Det kan også tenkes at sønners matvaner og treningsvaner i større grad blir påvirket av fedrene enn av mødrene. Døtre påvirkes kanskje i større grad av mødrene.

– Derfor er det en ulempe at vi kun har hatt opplysninger om forekomsten av fedme hos mannlige individer, og at vi dessuten ikke har hatt opplysninger om foreldrenes BMI (vekt). Vi har benyttet data fra registre, og slike registre har som regel ikke alle de opplysninger som vi skulle ønske, forteller Eriksen.

Eriksen minner oss også på at vi må se på denne studien i lys av annen forskning.

– Funn fra enkeltstående studier som vår, er kun små brikker i et stort puslespill. Men vi har på bakgrunn av funnene presentert noen hypoteser, og disse hypotesene kan så testes i framtidige undersøkelser, konkluderer Eriksen.

Om studien

Denne studien benyttet data på 346 609 registrerte menn som ble født uten misdannelser i 1967-1984, og som ble veid og målt ved sesjonen i alder 18-20 år. Data fra Medisinsk fødselsregister i Norge ble knyttet til registerdata fra Statistisk sentralbyrå og Vernepliktsverket. Sammenhengen mellom fars alder og sønners vekt ble kontrollert for fødselsår, antall søsken, fødselsorden, mors alder ved fødselen, og mors og fars utdanningsnivå.

Referanse

Eriksen, W., Sundet, J.M. and Tambs, K. Paternal age at birth and the risk of obesity in young adulthood: A register-based birth cohort study of norwegian males. American Journal of Human Biology. DOI: 10.1002/ajhb.22333

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=100283>

Relaterte lenker (se: www.fhi.no)

- Paternal age at birth and the risk of obesity in young adulthood: A register-based birth cohort study of norwegian males (tidskriftets sammendrag)

Referansekode i 'Helserådet': UNG 2012 – 11

Stikkord: Overvekt.

Svangerskapsforgiftning skader ikke helsen til kvinner med flere barn

Publisert 05.12.2012, oppdatert: 05.12.2012, 11:55

Ettbarnsmødre som har hatt svangerskapsforgiftning og født for tidlig, kan vise seg å ha vesentlig høyere risiko for å dø av hjerte-karsykdom senere i livet. Dersom disse kvinnene får flere barn, forsvinner denne risikoen, viser resultater fra en omfattende studie Folkehelseinstituttet har deltatt i.

Resultatene viser at kvinner som fikk svangerskapsforgiftning under sitt første svangerskap og fødte for tidlig (før svangerskapsuke 37), og som senere ikke fikk flere barn, har opp mot ti ganger høyere risiko for å dø av hjerte-karsykdom senere i livet enn andre kvinner, mens kvinner som senere fødte flere barn, har to ganger høyere risiko enn andre kvinner. Den økte risikoen for ettbarnsmødrene har ikke tidligere blitt rapportert.

Inntil disse resultatene ble offentliggjort, har konklusjonen vært at kvinner med svangerskapsforgiftning i første svangerskap har doblet risiko for tidlig død av hjerte-karsykdom.

Ingen økt dødelighet for kvinner med flere barn

Tidligere forskning på langtidseffekter av svangerskapsforgiftning på mors helse har vært mangelfull. Kvinnens samlede barnefødsler har tidligere ikke vært tatt med i betraktning. Dette viser seg å være svært viktig, spesielt når man studerer den totale dødeligheten.

- Kvinner som har to eller flere barn har ingen økt risiko for tidlig død, selv etter svangerskapsforgiftning i første svangerskap. Det er som om ytterligere svangerskap visker vekk den økte risikoen. Siden 85 prosent av kvinner som føder barn i Norge, får flere enn ett barn, er konklusjonen at det store flertallet av kvinner med svangerskapsforgiftning kan forvente et like langt liv som andre kvinner, sier Rolv Skjærven, som har ledet studien. Han er professor ved Folkehelseinstituttet og Universitetet i Bergen.

Skjærven påpeker at disse kvinnene riktignok har litt høyere risiko for tidlig død av hjerte-karsykdom, men de har lavere risiko for

andre dødsårsaker, blant annet brystkreft, og samlet gir dette ingen økt risiko for tidlig død sammenholdt med kvinner uten svangerskapsforgiftning ved første fødsel.

Ettbarnsmødre trenger spesiell oppfølging

Data for de første årene for studien viste høy forekomst av dødfødte barn som følge av mors svangerskapsforgiftning. Sitasjonen nå er at god overvåking av svangerskapet kombinert med tidlig forløsning, har ført til at barna har så godt som normal overlevelse.

Den negative langtidseffekten av svangerskapsforgiftning på mors helse er imidlertid et stort problem, men som resultatene fra denne studien viser, gjelder dette en mye mindre gruppe kvinner enn tidligere antatt.

Rolv Skjærven foreslår at i stedet for økt oppfølging av alle kvinner som har hatt svangerskapsforgiftning (som gjeldende kliniske retningslinjer anbefaler), bør fokus rettes mot ettbarnsmødre, spesielt hvis svangerskapsforgiftningen førte til tidlig fødsel.

Om studien

Forskerne har brukt data på svangerskapene til 836 147 kvinner med en første fødsel i perioden 1967-2002, sett i sammenheng med dødsfall opp til 2009. Dataene er hentet fra Medisinsk fødselsregister i Norge og koblet med data fra Dødsårsaksregisteret. Kvinnene er fulgt opp mellom sju og 42 år etter den første fødselen.

I alt er i overkant av 23 000 av kvinnene døde i denne perioden, og som forventet hadde kvinner med svangerskapsforgiftning i sitt første svangerskap en høyere dødelighet enn andre kvinner.

Studien er publisert i det prestisjefylte tidsskriftet British Medical Journal og kan lastes ned her (se: www.fhi.no)

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=100430>

Relaterte lenker (se: www.fhi.no)

- Cardiovascular mortality after pre-eclampsia in one child mothers: prospective, population based cohort study - Open Access (BMJ)

Referansekode i 'Helserådet': SEX 2012 – 27

Stikkord: Svangerskapsforgiftning.

Norsk epidemiologi:

Omfattende temanummer om forskning på aldring og eldres helse

Publisert 03.12.2012, oppdatert: 04.12.2012, 10:32

Stikkord: Eldres helse

Nyere forskning tyder på at vi både lever lenger og med bedre mental og fysisk helse enn tidligere, men resultatene er sprikende.

Fakta om svangerskapsforgiftning

Svangerskapsforgiftning (pre-eklampsi) forekommer hyppigere ved første svangerskap (5-6 prosent av gravide rammes) enn ved senere svangerskap (2-3 prosent av gravide rammes).

De vanligste symptomene er forhøyet blodtrykk (140/90) og protein i urinen etter uke 20 av svangerskapet. Svangerskapsforgiftning oppstår vanligvis først etter uke 34 av svangerskapet, men mer alvorlige former kan starte tidligere, og også gi andre og mer alvorlige komplikasjoner (HELLP-syndrom).

Tidsskriftet Norsk epidemiologi har utgitt et temanummer med 25 fagartikler om forskning på aldring og eldres helse. Flere av bidragene er fra forskere ved Folkehelseinstituttet.

I Norge og andre vestlige land vil både antall og andel mennesker over 65 år øke betydelig sammenlignet med yngre aldergrupper i tiden framover. Andelen eldre over 80 år øker mest. Hvordan er kvaliteten på leveårene i alderdommen? Vil økt levealder bety flere leveår med god eller dårlig helse og livskvalitet?

Her er en oppsummering av bidragene fra Folkehelseinstituttet:

Sosiale forskjeller i forventet levealder

En artikkel av Joakim Olu Moe og medforfattere viser til at det i Norge har vært en økning i forskjellene i forventet levealder etter pensjonsalder i forhold til utdannelsesnivå i perioden 1961-2009. Utdanning ser ut til å gi økte forskjeller mellom mennesker, også blant de eldre. Økende sosiale ulikheter i forventet levetid etter 65 årsalder er en betydelig utfordring nå og vil forbli det i framtiden, både politisk og i et folkehelseperspektiv.

Forekomst og årsaker til hørselstap

I en artikkel av Lisa Aarhus og medforfattere beskrives forekomsten av aldersrelatert hørselstap og årsaker til dette. Forskningen er basert på resultater fra Hørselsundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT).

Høyt forbruk av beroligende legemidler og sovemidler blant eldre

Legemiddelbruken blant eldre er høy. Medisinering er ofte helt nødvendig, men uheldig medisinering kan være skadelig. I en artikkel med data fra Reseptregisteret har forskere sett på bruken av beroligende midler (benzodiazepiner) og sovemidler (z-hypnotika) blant «unge eldre» i alderen 65-79 år i perioden 2004-2009. De finner økende bruk med økende alder, økende forbruk over tidsperioden og at mange brukere har et svært høyt forbruk over en lang tidsperiode. Dette viser at retningslinjene for forskrivning ikke følges for disse legemiddelgruppene. Medforfattere fra Folkehelseinstituttet er Svetlana Skurtveit og Christian Berg.

Sammenheng mellom hukommelsesproblemer og demens

Langt fra alle som opplever hukommelsesproblemer utvikler demens, men det kan være et tidlig tegn på at demenssykdom er under utvikling. Identifisering av symptomer som kan være tidlige tegn på demens er viktig for å komme raskt i gang med forebyggende tiltak, tilrettelegging og behandling. Nyere forskning tyder på at forhold som har med blodkarsystemet å gjøre (vaskulære faktorer), som gir økt risiko for hjertekarlidelser og hjerneslag, også kan øke risikoen for ulike former for kognitiv svikt og demens. En studie av Ellen Melbye Langballe og medforfattere undersøker sammenhengen mellom selvrapporterte hukommelsesproblemer og demensrelaterte vaskulære faktorer blant mennesker over 65 år. Forskningen er basert på data fra Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag (HUNT).

Flere dør av demens

Vidar Hjellvik og medforfattere har undersøkt registreringer av demens som dødsårsak i Dødsårsaksregisteret og viser at andel rapporterte demensrelaterte dødsfall har økt vesentlig de siste 40 år. Demens registreres nå som dødsårsak for omtrent 17 prosent av kvinner og sju prosent av menn. Særlig blant eldre på sykehjem er det fortsatt en underrapportering av demens i Dødsårsaksregisteret sammenlignet med antatt forekomst.

Eldresentrets betydning for helsen

Eldresentre i Norge har som mål å bidra til at aktivitet og førlighet kan opprettholdes slik at eldres selvhjelpenhet kan bevares og fremmes. Eldresentre skal også være med på å forebygge psykososiale problemer som ensomhet og isolasjon. I en artikkel av Hege Bøen

gjøres det rede for hva som kjennetegner brukere av eldresentrene sammenlignet med ikke-brukere, og hvilken betydning programmer ved eldresentrene kan ha på opplevelsen av sosial støtte og depresjon.

Gjesteredaktører for temanummeret er Bjørn Heine Strand og Ellen Melbye Langballe, Folkehelseinstituttet, Knut Engedal, Nasjonalt kompetansesenter for demens, OUS HF, Ullevål sykehus og Marijke Veenstra, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA).

Last ned temanummeret her (se: www.fhi.no)

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=100375>

Relaterte lenker (se: www.fhi.no)

- Norsk epidemiologi: Temanummer om aldring og eldres helse

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2012 – 18

Stikkord: Eldres helse

Oppdatering 03.12.12

Flere tilfeller av sjelden type salmonellose

Publisert 19.11.2012, oppdatert: 19.11.2012, 15:34

Publisert 22.11.2012, oppdatert: 03.12.2012, 14:10

Folkehelseinstituttet har i november påvist at 13 personer er smittet i Norge med en sjelden salmonellabakterie kalt *Salmonella* Mikawasima. Pasientene er smittet i Norge og bor spredt i flere fylker (Oslo (1 pasient), Akershus (1), Vestfold (1), Aust-Agder (1), Vest-Agder (3), Telemark (1), Oppland (1), Hordaland (3) og Nordland (1)). Alle som er blitt syke så langt er voksne, de fleste i alderen 20 – 50 år. Salmonellainfeksjoner er normalt ikke alvorlige. (Se for øvrig artikkelen i forrige nummer av 'Helserådet' – side 5 – med samme overskrift)

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2012 – 125

Stikkord: Salmonellose.

HELSE RÅDET

Nytt fra emnebibliotek for samfunnsmedisin og folkehelsearbeid
Helsebiblioteket, Nasjonalt Kunnskapssenter for helsestjenesten

Postboks 7004 St. Olavs plass, 0130 Oslo
Redaktør: Anders Smith
Telefon 92 89 56 16
Internett: <http://www.helsebiblioteket.no>
e-post: smi@helsebiblioteket.no