



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

17/10

19. november 2010
18. årgang

ISSN 0806 - 7457

**Nå også med nytt fra
Folkehelseinstituttet!**

ENDA FLERE GRUNNER TIL Å ABONNERE PÅ 'HELSE RÅDET'

Som de fleste vil ha lagt merke til, er volumet på 'Helserådet' økt i den senere tid samtidig som nyhetsbrevet utkommer hyppigere. Det skyldes generelt mye stoff pluss at vi har påtatt oss å gjengi nytt fra Folkehelseinstituttet.

I 2011 vil vi derfor utgi 'Helserådet' slik:

- Nytt nummer hver 2. uke (unntatt midt på sommeren)
- Fordobling av volumet (gjennomsnittlig 8 sider hver gang)
- Nytt fra Folkehelseinstituttet (bl.a. som erstatning for MSIS-rapport som Folkehelseinstituttet sluttet å utgi sommeren 2010)
- Tilnærmet uforandret pris sammenlignet med de seneste årene

'Helserådet' vil nå være den ledende publikasjonen på papir som løpende informerer folkehelsearbeidere, ansatte i kommunenes helse- og omsorgstjenester samt andre med oppgaver og ansvar for helsetjenester og helsefremmende og forebyggende arbeid i kommuner og fylkeskommuner om nytt og aktuelt stoff av betydning for tjenesteutøvelsen. I 2011 kommer vi også i gang med en "korrespondentordning" hvilket vil øke antall saker som vi kan formidle fra kommune til kommune. Dette som ledd i en ønsket erfaringsutveksling.

Prisene for 2011 vil være:

Ett eksemplar tilsendt hver gang:	kr.	690.-
2-10 eksemplarer i samme konvolutt hver gang:	"	1190,-
11-20 eksemplarer i samme konvolutt hver gang:	"	1690,-

Når vi nå strekker oss langt og utvider tilbudet, håper vi at alle nåværende og tidligere mottagere av 'Helserådet' finner dette interessant og bestiller abonnement for 2011. Abonnementstilbud vil bli sendt ut i separat post med det første.

Hilsen Anders Smith, redaktør



LOKAL MOBILISERING FOR ØKT FYSISK AKTIVITET



Lokal mobilisering for økt fysisk aktivitet er en rapport (et verktøy) utviklet til bruk i arbeidet med å integrere tilpasset fysisk aktivitet som en sentral del av det lokale folkehelsearbeidet.

Lokal mobilisering for økt fysisk aktivitet er utviklet av Nordland fylkeskommune, enhet folkehelse, med prosjektstøtte fra Helsedirektoratet. Lokal mobilisering for økt fysisk aktivitet har fått positiv oppmerksomhet og etterspørselen etter materialet er stor. Lokal mobilisering for økt fysisk aktivitet består av følgende fire deler som alle er presentert i rapporten.

- Brosjyren Fysisk aktivitet – en framtidsrettet investering
- Power-point presentasjon som tar for seg temaene helsestatus og –utvikling, fysisk aktivitetsnivå, gevinst ved økt fysisk aktivitet og kommunens ansvars- og mulighetsområder for å skape et bredt aktivitetstilbud (NB! Alle lysarkene med tilhørende tekst er også gjengitt i rapportens papirversjon)
- Dokumentet Veiviser til lokal mobilisering som henviser til nyttige kilder og nettsteder innenfor kommunens ulike ansvarsområder



© Ill.: Tor Kvarv

- Kortveiledere til kommunal plan for fysisk aktivitet og naturopplevelse som presenterer et forslag til disposisjon med utgangspunkt i Kulturdepartementets krav til planens innhold.

Ved å gå inn på:

<http://www.nfk.no/artikkel.aspx?MId1=3407&AId=15188&Print=1> kan man laste ned hver av delene ovenfor separat.

Papirversjonen av verktøyet (rapporten) kan man få ved henvendelse til Nordland fylkeskommune, Prinsens gate 100, 8048 Bodø. E.post: post@nfk.no. Tlf. 75 65 00 00. Fax nr. 75 65 00 01.

Referansekode i 'Helserådet': FYS 2010 – 1

Stikkord: Nordland fylkeskommune. Fysisk aktivitet.

FOLKEHELSE I ET MIGRASJONS-PERSPEKTIV

Norge er et av verdens beste land å bo i. Likevel skaper sosiale ulikheter store forskjeller i helsetilstanden i befolkningen. Norge har også i økende grad blitt et flerkulturelt samfunn, særlig etter at innvandring fra land utenfor Europa begynte i 1970-årene. Dette skaper utfordringer for arbeidet med folkehelse.

Folkehelse dreier seg om helsetilstanden i befolkningsgrupper. Fagfeltet er omfattende, og begrepsmangfoldet er stort. Begreper som kultur, etnisitet og migrasjon tolkes og brukes på forskjellige måter.

En ny bok med nettopp tittelen Folkehelse i et migrasjonsperspektiv er nylig utgitt. Redaktører har vært Bernadette N. Kumar og Berit Viken. Boken belyser dette fagfeltet fra en rekke forskjellige innfallsvinkler. I del I presenteres basiskunnskap og grunnleggende teorier om folkehelse blant ulike etniske grupper. Del II inneholder kapitler som tar for seg fysiske og psykiske helseaspekter. Del III omhandler folkehelsearbeid i et livsløpsperspektiv.

Boken gir ikke oppskrifter eller ferdige løsninger. Den presenterer derimot redskaper, erfaringer og forskning som kan brukes av helsepersonell i arbeidet med ulike etniske grupper. Den er først og fremst rettet mot helsefagstudenter og helsepersonell, men andre yrkesgrupper kan også ha nytte av den. Det legges vekt på å få frem forebyggende perspektiver, helhetstenkning og muligheter for samhandling.

Innholdsfortegnelse

Innledning

DEL I: MIGRASJON OG DET FLERKULTURELLE SAMFUNN

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Migrasjonsprosesser og folkehelse | Harald Siem |
| 2. Migrasjon, etnisitet og helse | Bernadette Nirmal Kumar |
| 3. Kulturelle forskjeller og diaglog | Berit Viken og Ragnhild Magelssen |

DEL II: AKTUELLE FOLKEHELSEUTFORDRINGER

- | | |
|---|------------------------------------|
| 4. Fra psykisk stress til sosial mestring | Odd Steffen Dalgard og Nora Sveaas |
| 5. Smittevern | Reidun Brunvatne og Einar Heldal |
| 6. Diabetesepidemien og sosiale forskjeller | Anne Karen Jenum |
| 7. Fysisk aktivitet og helse | Anne Karen Jenum |
| 8. Kosthold og helse | Bernadette Kumar og Shaista Ayub |
| 9. Likeverd i helsetjenesten? | Manuela Ramin-Osmundsen |

DEL III: LIVSLØSPERSPEKTIVET

- | | |
|--|--|
| 10. Familier og helsefremmende arbeid | Berit Viken og Ruth Nesje |
| 11. Ungdom og psykososial helse | Birgit Lie og Lars Lien |
| 12. Innvandrerkvinner og reproduktiv helse | Berit Austveg |
| 13. Eldre og helse | Bente Thyli, Twinkle Dawes, Madhu Sharma |

Nyttige erfaringer og nettsteder

Bernadette N. Kumar er seniorrådgiver i Helsedirektoratet. Har doktorgrad i samfunnsmedisin fra Universitetet i Oslo og har vært post.doc. der. Hun er utdannet lege fra St. John's Medical College i India. Fra 1. desember i år er hun ansatt som ny direktør ved Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI). Hennes doktorgradsarbeid har tittelen *Ethnic Differences in Obesity and other risk factors for Chronic Diseases among Immigrants in Oslo, Norway* (2006). Arbeidet er basert på data fra den første befolkningsundersøkelsen blant innvandrere i Norge (InnvandrerHUBRO) – som ble koordinert av Kumar.

Berit Viken er førstelektor ved Høgskolen i Vestfold, Fakultet for helsevitenskap. Hun er utdannet sykepleier, helsesøster og sosialantropolog. Hun har mange års erfaring fra helsetjeneste for flyktninger og innen undervisning med særlig fokus på kulturforståelse i sykepleierutdanningen og helsefremmende arbeid.

Fagbokforlaget 2010. ISBN 978-82-450-0319-2. Kr. 459,- 230 sider. Fagbokforlaget AS, Bergen. Fax: 55 38 88 39. Bestilling også til telefon 55 38 88 38, eller e-post til ordre@fagbokforlaget.no

Referansekode: RED 2010 – 14

Stikkord: Migrasjonshelse. Kumar, Bernadette N. Viken, Berit.

ET VIKTIG FOREBYGGENDE TILTAK

Red. innledning:

Aftenposten aften hadde 3. november et debattinnlegg under denne overskriften skrevet av professor dr. med. Odd Steffen Dalgard og sykepleier Hege Bøen. De er fra henholdsvis Nasjonalforeningen for folkehelsen, Rådet for eldre og Nasjonalt folkehelseinstitutt. Med deres tillatelse gjengis nedenstående. Argumentene og synspunktene er vel verdt å ta med seg ut i den kommunale hverdag når eldreomsorg og helsefremmende og forebyggende tiltak skal diskuteres.

Dramatisk

"Eldrebølgen er snart over oss for alvor!" Det høres dramatisk ut, og det er også dramatisk med tanke på det økede behov for helse- og omsorgstjenester. Ikke minst aktualiserer det behovet for å styrke det forebyggende arbeid, noe som også er helt i samsvar med den planlagte Samhandlingsreformen.

Trues hvert år

Eldresentrene er et viktig tiltak for å fremme både den fysiske og psykiske helse, og er i en rekke offentlige dokumenter og planer beskrevet som det fremste ledd i det forebyggende arbeid blant eldre. Bare i Oslo er det ca. 40 eldresentre, med nesten 40.000 brukere. Sentrene driftes i stor utstrekning av frivillige organisasjoner, med kommunal støtte, mens andre er rent kommunale. Finansieringen er imidlertid sårbar, og vi registrerer at det hver høst i budsjettdebatten kommer forslag om sammenslåing, nedskjæringer eller nedleggelse, til tross for at sentrene er rimelige i drift.

Lovfestes

For at eldresentrene skal kunne overleve og utvikle seg videre, er det etter vår mening nødvendig at de blir lovfestet og får faste økonomiske rammer. Dett er da også nylig fremmet som et krav til Regjeringen fra en gruppe tunge organisasjoner som arbeider med eldre. De krever at det etableres eldresentertilbud i de enkelte kommuner og bydel-er, eller gjennom interkommunalt samarbeid, og foreslår at lovfestingen innarbeides i en ny Helse- og omsorgslov.

På hvilken måte kan en si at eldresentrene virker forebyggende? Fordi de retter seg mot tre av de viktigste problemområder når det gjelder eldres helse: Ensomhet, mangel på aktivitet og feil- og underernæring.

Det er velkjent at ensomhet, og manglende støtte og stimulering fra et sosialt nettverk, øker risikoen for helseproblemer. Dette gjelder både fysiske sykdommer, som hjerte-karlidelser, og psykiske lidelser, som depresjon. Undersøkelser viser at mange eldre som bor hjemme, er utsatt for feil- eller underernæring.

Helserisiko

Spesielt de som bor alene, er lite påpasselige med måltidene, og en norsk undersøkelse viser at hele 46 prosent av hjemmeboende eldre var underernærte eller i ernæringsmessig risiko. Det er kjent at feil- eller underernæring fører til svekket immunforsvar, dårlig fysisk og mental kapasitet og flere sykehusinnleggelse.

Fysisk aktivitet er viktig, også for eldre, blant annet for å opprettholde den styrke og balanseevne som er nødvendig for å forhindre fall. I løpet av ett år vil ca. en tredel av de over 65 år i vårt samfunn oppleve et alvorlig fall, og ca. 50 prosent av alle over 80 år har hatt lårhalsbrudd.

Meningsfylt

Hva er det med eldresentrene som gjør dem særlig egnet som arena for forebyggende arbeid? Et viktig poeng her er at de utgjør et utpregget lavterskeltilbud, som er åpent både for velfungerende eldre og eldre med lettere funksjonssvikt, slik at virksomheten kan komme før utviklingen av eventuelle helseproblemer. For øvrig er det typisk for eldresentrene at de drives gjennom et samarbeid mellom ansatte og frivillige. Dette at innsats fra de frivillige utgjør en så stor del av eldresentrenes virksomhet (omtrent like mye som de ansattes), gjør dem særdeles billige i drift, samtidig som de gir grunnlag for meningsfull virksomhet for dem som ønsker å ta i et tak. Med utgangspunkt i at driften av et eldresenter i ett år koster det samme som tre sykehjemsplasser, og at hvert senter har minst 500 brukere, kan det beregnes at dersom bare tre av disse unngår behov for sykehjem i ett år, er driftsutgiftene til eldresenteret inntjent. De som arbeider ved eldresentrene mener at dette tallet er mye større.

Trenger eldresentrene

I Oslo viser en ny undersøkelse at det er små sosiale forskjeller mellom brukere og ikke-brukere. Kvinner bruker imidlertid sentrene mer enn menn. Mens enker er overrepresentert blant brukerne, er det motsatte tilfelle for enkemenn. Det kan se ut til at disse søker ensomhet snarere enn kontakt, eller får sitt kontaktbehov dekket andre steder enn på eldresenteret.

Selv om eldresentrene blir brukt av mange, er det også mange som ikke bruker dem. Det kan være mange grunner til dette, og det er selvfølgelig ikke noe mål at alle skal bli eldresenterbrukere. Men det kan se ut som at en økende andel av den eldre befolkning trenger den type tjenester som eldresentrene kan gi, ikke minst i en storby som Oslo.

Hvis eldresentrene blir lovfestet, må det forutsettes at en ser på sentrenes funksjon med friske øyne, og søker å tilpasse virksomheten til nye grupper. Ikke minst blir det en utfordring å utvikle eldresentre som imøtekommer behovene til den økende andel av eldre med fremmedkulturell bakgrunn.

Referansekode: HTJ 2010 – 3

Stikkord: Eldresentre. Dalgard, Odd Steffen. Bøen, Hege.

Dødsstedsundersøkelser

Publisert 26.10.2010 , oppdatert 29.10.2010, 12:34

Ordnningen med frivillig dødsstedsundersøkelse ved brå og uventet død hos barn i alderen 0 til og med 3 år trer i kraft 1. november 2010. Folkehelseinstituttet har fått i oppdrag å organisere tilbudet, som regjeringen har vedtatt at helsetjenesten skal tilby. Formålet er å få sikrere informasjon om hvorfor barnet døde.

Ved brå og uventet barnedød kan det noen ganger være vanskelig å fastslå dødsårsaken med sikkerhet. For at både foreldre og helsepersonell skal få sikrere informasjon om hva som var årsaken til at barnet døde, skal helsetjenesten ved brå og uventet barnedød gi familien tilbud om en systematisk undersøkelse av dødsstedet. Dette er en undersøkelse som helsetjenesten har plikt til å tilby foreldre, men det er frivillig for foreldrene om de vil benytte seg av tilbudet. Helsetjenesten må ha skriftlig samtykke fra foreldrene før en slik undersøkelse kan foretas.

Hva ordningen innebærer

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Folkehelseinstituttet i oppdrag å organisere ordningen med dødsstedsundersøkelser. Ordnningen blir administrert i samarbeid med Rettsmedisinsk institutt ved Universitetet i Oslo.

Undersøkelsen vil utføres av et team bestående av to personer. Det er viktig å sammenholde funnene fra obduksjonen med funnene på dødsstedet. Derfor er det ønskelig at legen som foretok obduksjonen også deltar i undersøkelsen på dødsstedet (evt. en annen person med rettsmedisinsk kompetanse). Den andre i teamet vil være en person med kunnskap og erfaring fra dødsstedsutredninger.

Foreldre og omsorgspersoner har mulighet til å stille spørsmål til teamet som kommer til dødsstedet. I et tidligere prosjekt var det mange etterlatte som benyttet seg av og satte pris på denne muligheten. Selv om formålet med en dødsstedsundersøkelse ikke er å yte helsehjelp til foreldrene, opplevde mange foreldre dødsstedsundersøkelsen som nyttig og viktig. Dødsstedsundersøkelsen vil finne sted så snart som mulig etter obduksjonen, og helst innen 48 timer etter at barnet har kommet til sykehuset.

Skal finne dødsårsaken

Det er sykehuset der barnet blir mottatt som vil orientere foreldrene eller omsorgspersonene skriftlig og muntlig om tilbudet om frivillig dødsstedsundersøkelse. Dersom familien takker ja til tilbudet varsler sykehuset dødsstedsundersøkelsesteamet, som er lokalisert ved Rettsmedisinsk institutt i Oslo.

Dersom det avdekkes mistanke om straffbart forhold etter at dødsstedsundersøkelsen er påbegynt, skal undersøkelsen i regi av helsetjenesten avbrytes. Den videre oppfølgingen skal da skje i regi av politiet.

Etter undersøkelsen vil det bli holdt et møte mellom dem som foretok undersøkelsen og helsepersonell på sykehuset for å sammenholde funnene, og trekke den endelige konklusjonen om dødsårsaken. Denne informasjonen skal også formidles i en oppfølgingssamtale med foreldrene.

I Norge er det om lag 40 barn i året i alderen 0 til og med 3 år som dør brått og uventet, og der dødsårsaken er ukjent. Formålet med dødsstedsundersøkelser er å avklare hva barnet døde av. Dette er nødvendig for å få en riktig diagnose og også for å få informasjon som kan bidra til å forebygge lignende tilfeller.

Ordnningen vil bli evaluert underveis

Tilbudet vil bli evaluert av Senter for Krisepsykologi i Bergen. Evalueringen er uavhengig av Folkehelseinstituttet og gjøres underveis for å sikre at ordningen fungerer tilfredsstillende, og slik at framgangsmåten kan forbedres dersom noe oppleves negativt eller støtende.

Folkehelseinstituttet vil føre anonym statistikk over funnene i undersøkelsene. Statistikken skal brukes i rapportering til myndighetene. Ved eventuell forskning på dataene må man forholde seg som ellers ved forskning på journaldata.

Relaterte dokumenter (se www.fhi.no)

- Dødsstedsundersøkelsene- orientering til foresatte
- Informasjon til landets sykehus og leger
- Retningslinjer for dødsstedsundersøkelser
- Rundskriv IK 22-1992 fra Helsetilsynet
- Samtykkeerklæring

Referansekode i 'Helserådet': UNG 2010 – 2

Stikkord: Dødsstedsundersøkelser

Mindre depresjon hos fysisk aktive

Publisert 01.11.2010 , oppdatert: 01.11.2010, 14:06

Mennesker som er i jevnlig fysisk aktivitet i fritiden har mindre symptomer på depresjon enn de som ikke er aktive. Dette gjelder uavhengig av om aktiviteten er lett eller intens. Fysisk aktivitet i arbeidstiden ser ikke ut til å ha samme gunstige effekt. Det er konklusjonen i en samarbeidsstudie mellom britiske og norske forskere ledet av professor Arnstein Mykletun ved Folkehelseinstituttet.

I vår del av verden blir folk stadig mindre fysisk aktive. Det kan ha betydning for fysisk helse, men også for psykiske tilstander. Tidligere studier har indikert at fysisk aktivitet kan ha virke kurerende på depresjon, omtrent like effektivt som antidepressiva. De fleste av disse studiene har imidlertid hatt fokus på effekten av hard trening og sport i forhold til psykiske lidelser.

Data fra HUNT-2

Forskere fra Kings College i London, Universitetet i Bergen og Folkehelseinstituttet ønsket å studere forholdet mellom psykiske lidelser og ulik grad av fysisk aktivitet. De ville blant annet finne ut om intensiteten og situasjon rundt aktiviteten hadde noen betydning. Til dette fikk de hjelp av over 40 000 deltakere fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT-2).

Selvrapportering

I studien ble deltakerne bedt om å svare på spørsmål om graden av fysisk aktivitet, både i arbeidstiden og i fritiden. Lett aktivitet ble definert som aktivitet uten svetting og andpustenhet. Intens aktivitet innebar svetting og andpustenhet. Deltakerne svarte også på 14 spørsmål som indikerer nivået av angst og depresjon (*Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS*).

Mer aktiv, mindre depriment

- I studien fant vi et omvendt forhold mellom graden av fysisk aktivitet utenom arbeidstid og symptomer på depresjon. Jo mer fysisk aktive folk

var på fritiden, desto mindre var sjansen for at de var deprimerte. De som ikke var fysisk aktive på fritiden hadde nesten dobbelt så stor sjanse for å vise tegn på depresjon. Vi kan imidlertid ikke ut fra denne studien konkludere med hva som er årsak og virkning, sier Arnstein Mykletun.

- Det viste seg at intensiteten på aktiviteten var uten betydning. Både lett og intens aktivitet på fritiden ga den samme gunstige effekten på depresjonssymptomene, sier han.

Det så imidlertid ikke ut til at fysisk aktivitet hadde samme gode effekt på angstlidelser.

Ikke samme effekt av aktivitet på arbeidsplassen

Noen har en jobb som innebærer mye fysisk aktivitet, og man kunne tenke seg at dette var positivt også for den psykiske helsen. Men studien viste ikke den samme gunstige effekten av fysisk aktivitet når den foregår på arbeidsplassen.

- Dette var overraskende, og tyder kanskje på at situasjonen rundt den fysiske aktiviteten spiller inn. En mulig forklaring er at fysisk aktivitet på fritiden ofte innebærer sosialt samvær og utvidelse av vennekretsen, noe som igjen har god innvirkning på den psykiske helsen, sier Mykletun.

Den britisk-norske studien er nylig publisert i *British Journal of Psychiatry*.

Referanse

Harvey SB, Hotopf M, Øverland S and Mykletun A (2010) Physical activity and common mental health, *British Journal of Psychiatry*, 197: 357-364

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2010-1

Stikkord: Depresjon. Fysisk aktivitet.

Driver du skadedyrfirma?

Publisert 01.11.2010 , oppdatert: 02.11.2010, 08:34

Driver du skadedyrfirma? Sjekk om Folkehelseinstituttet har riktig kontaktinformasjon tid deg!

Folkehelseinstituttet skal snart sende ut høringsnotat til reviderte merknader til skadedyrforskriften og trenger derfor oppdaterte adresselister over alle skadedyrfirmaer. Også når annen informasjon skal gis er det viktig at vi har oppdatert kontaktinformasjon.

I lenken nedenfor finner du kontaktinformasjonen vi har registrert over skadedyrfirmaer. Fint om du kontrollerer at informasjonen for ditt firma stemmer!

Sjekk spesielt:

- Står ditt firma på listen?
- Stemmer postadressen?
- Er e-postadresse oppgitt og stemmer denne?

Kontaktinformasjon til skadedyrfirmaer (Exel-fil) (se www.fhi.no)

Vi setter pris på om du gir oss tilbakemelding på e-post om informasjonen om ditt firma stemmer/ ikke stemmer.

Minner om at det nå finnes egen kode for "skadedyrfirmaer" i Brønnøysundregisteret.

Gi oss også gjerne tilbakemelding om eventuelle endringer i "Listen over godkjente skadedyrbekjempere". (se www.fhi.no)

På forhånd takk for hjelpen!

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2010-15

Stikkord: Skadedyr.

Legemidler i dagligvarehandelen 3. kvartal 2010:

Salg av reseptfrie smertestillende legemidler går ned

Publisert 02.11.2010 , oppdatert: 02.11.2010, 09:55

Stikkord: Legemiddelforbruk, Legemiddeldepidemiologi

Salget av reseptfrie smertestillende legemidler går ned, viser tall fra Folkehelseinstituttet for perioden januar til september 2010. Andelen salg utenfor apotek av reseptfrie pakninger av paracetamol og ibuprofen er stabil. Salg utenom apotek av nødprevensjon er fortsatt svært lavt. Utvalget av legemidler som selges i dagligvarehandelen er uendret og andelen som selges utenom apotek for de forskjellige legemidlene er stabile.

Smertestillende midler

Salg av reseptfrie pakninger av paracetamol og ibuprofen målt i doser har gått ned med henholdsvis fire og sju prosent de første ni månedene i 2010 sammenlignet med samme periode i 2009 (se tabell under). Totalsalget av paracetamol i doser, reseptpliktige og reseptfrie pakninger, har økt over tid og i perioden januar-september 2010 økte totalsalget med én prosent målt i doser. Det er bare salget av reseptpliktige pakninger som øker. For ibuprofen har totalt salg inklusive reseptbelagte og reseptfrie pakninger gått ned med to prosent målt i doser.

Reseptfrie pakninger av paracetamol og ibuprofen hadde en andel på henholdsvis 50 og 57 prosent av totalt salg i doser av disse legemidlene i 3. kvartal 2010. For paracetamol har andelen reseptfritt salg gått ned over tid, mens andelen har vært relativt stabil for ibuprofen. Når halvparten av reseptfritt salg av paracetamol skjer utenom apotek, mens andelen for ibuprofen er nær 40 prosent.

Salg av fenazon og koffeinholdige tabletter (Fanalgin®) har gått noe ned over tid og andelen solgt i dagligvare ligger på rundt 20 prosent (se tabell under). Fra 1. februar 2011 blir disse legemidlene tatt bort fra utvalget som kan selges utenom apotek.

Nødprevensjon

Totalt ble det solgt vel 42 000 doser nødprevensjon i 3. kvartal 2010. Av disse ble bare 1 700 doser (4 prosent) solgt i dagligvarehandelen og denne andelen har vært stabil. Nødprevensjon ble tillatt solgt i dagligvare fra 1. januar 2009.

Nesespray ved tett nese

Salg av nesepreparater som inneholder xylometazolin har vært stabilt i 2010 i forhold til 2009 (se tabell). Nesepreparater skal brukes i korte intervaller ved forkjølelse, men brukes også ved pollenallergi.

Priser og kostnadsutvikling

Folkehelseinstituttet fører ikke oversikt over utsalgsprisene for reseptfrie legemidler i apotek og dagligvarehandel. Totalomsetningen i kroner beregnes ut fra rapporterte innkjøpspriser fra grossist til apotek/dagligvarehandel. Prissetting av reseptfrie legemidler er fri, og basert på grossistenes rapportering er det derfor ikke mulig å si noe om prisutviklingen.

Tabell: Salg av reseptfrie pakninger av ibuprofen, paracetamol og xylometazolin og andel (%) i dagligvarehandelen i januar-september 2010. Endring (%) i antall solgte doser (DDD) i forhold til samme periode i 2009.

Virkestoff (ATC kode)	Bruksområde	Totalt reseptfritt salg angitt i DDD/1000 innb/døgn i jan.-sept. 2010 (apotek og dagligvarehandel)	% Endring antall DDD samme periode i 2009	Andel i dagligvarehandel		
				1. kvartal 2010	2. kvartal 2010	3. kvartal 2010
Ibuprofen (M01AE01)	Smerter	10,2	-4 %	39 %	39 %	38 %
Fenazon og koffein (N02BB51)	Smerter	2,3	-5 %	22 %	21 %	22 %
Paracetamol (N02BE01)	Smerter	15,8	-7 %	48 %	48 %	48 %
Oksymetazolin (R01AA05)	Nesetthet ved forkjølelse	1,6	-10 %	Selges kun i apotek		
Xylometazolin (R01AA07)	Nesetthet ved forkjølelse	27,5	1 %	57 %	59 %	59 %

Kilde: Grossistbasert legemiddelstatistikk, Nasjonalt folkehelseinstitutt

Om legemidler som også kan selges i dagligvarehandelen:

Andelen av de ulike legemidlene som selges i butikk har vært relativt stabil i 3. kvartal 2010 i forhold til tidligere kvartal. Andelen for de mest solgte smertestillende legemidlene (ibuprofen og paracetamol) og xylo-metazolin (nesespray ved forkjølelse) er vist i tabellen over. Det er i hovedsak merkevarene Ibux, Paracet og Otrivin (nesepray) som selges. Mange av legemidlene som Statens legemiddelverk har bestemt kan selges utenom apotek er ikke tatt inn i vareutvalget av dagligvarekjedene.

Nesespray og smertestillende legemidler inngår i sortimentet som skal være tilgjengelig ved alle utsalgssteder (butikk, kiosk, bensinstasjon osv.), men ellers kan utvalget variere. Eksempler på andre legemidler som selges er nikotintyggegummi til bruk ved røykavvenning, reisesykemidler, allergimidler, midler mot halsbrann/sure oppstøt og vitaminer.

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2010 – 2

Stikkord: Legemiddelforbruk.

Nye flammehemmere - like ille som de gamle?

Publisert 02.11.2010 , oppdatert: 02.11.2010, 11:23

Flere stoffer som brukes i produkter for å hindre eller hemme brann, har vist seg å være skadelig for miljø og helse, og det er nå forbudt både å produsere og å bruke dem. For å opprettholde brannvernforskrifter blir det tatt i bruk erstatningsstoffer, men det er ikke sikkert at de nye flammehemmerne er noe bedre enn de gamle. Folkehelseinstituttet undersøker nå i hvilken grad vi utsettes for de nye stoffene.

Blant de "nye" stoffene er tungt nedbrytbare bromerte og klorerte stoffer, men også fosforsyrebaserte stoffer som lettere kan nedbrytes.

Flere av disse nye stoffene har allerede funnet veien ut i miljøet og er påvist i ulike miljøprøver og dyr - ikke bare i forurensede områder, men også i Arktis. Det foreligger imidlertid så langt lite kunnskap om nivåer av nye flammehemmere i mennesker.

- På en stor internasjonal miljøkonferanse i Texas nylig, ble disse nye stoffene viet stor oppmerksomhet. Folkehelseinstituttet har lenge arbeidet med bromerte flammehemmere og har nå startet forskning på erstatningsstoffene. Blant annet deltar vi i et stort EU-finansiert prosjekt, sier seniorforsker Cathrine Thomsen.

Om flammehemmere:

Flammehemmere brukes i stor utstrekning i en rekke forbrukerprodukter som tekstiler, elektrisk og elektronisk utstyr og ulike plastprodukter til å hindre eller hemme brann. De mest brukte stoffene er tetrabrombisfenol A (TBBPA), polybromerte difenyletere (PBDE) og heksabromsyklododekan (HBCD).

De to siste stoffgruppene har lenge vært i søkelyset på grunn av uheldige miljø- og helsemessige egenskaper. Det er derfor innført forbud mot å produsere og bruke disse stoffene i Norge og i EU. I flere andre land er det er satt i gang prosesser som skal føre til et forbud.

De nye stoffene er delvis bromerte forbindelser beslektet med PBDE, men også polyklorerte stoffer, og alle ser ut til å ha lang levetid i miljøet. Derimot er fosforsyrebaserte stoffer relativt lett nedbrytbare, men blir man utsatt for slike stoffer over lang tid, kan det også føre til en fare for helsen.

Folkehelseinstituttet deltar i EU-prosjektet:

"Indoor Contamination with Flame Retardant Chemicals: Causes and Impacts" (INFLAME), som er et Marie Curie Initial Training Network (ITN) under EUs 7. rammeprogram.

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=86661>

Relaterte sider (se www.fhi.no)

- Miljø og helse - en forskningsbasert kunnskapsbase - B.7.04
Flammehemmere (brannreducerende kjemikalier)

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2010 – 16

Stikkord: Flammehemmere. Thomsen, Cathrine.

Vekten i ung voksen alder kan påvirke dødelighet senere i livet

Publisert 08.11.2010 , oppdatert: 08.11.2010, 10:15

Stikkord: Dødsårsaker, Overvekt, Spiseforstyrrelser (anoreksi, bulimi)

En rekke studier har funnet sammenheng mellom kroppsmasseindeks (KMI) i voksen alder og dødelighet, men det er lite kunnskap om hvordan KMI i yngre år påvirker helsen i voksen alder. Nye forskningsresultater viser at både høy og lav KMI i ung voksen alder kan føre til økt dødelighet senere i livet.

- Vi har sett på KMI fra to års alder opp til ung voksen alder og hvordan det er relatert til dødelighet i alderen 26-60 år. Resultatene viser at KMI i barndommen generelt ikke hang sammen med dødelighet i voksen alder. KMI i ungdomsårene var imidlertid viktig for kvinners helse. Høy eller lav KMI ved 15 års alder ga økt risiko for å dø sammenliknet med normalvektige. Samme mønster så vi blant menn fra 20 års alder. For aldersgruppene 26 og 36 år fant vi økt dødelighet blant de med lav og høy KMI, noe som er i tråd med resultater fra andre studier, sier forsker Bjørn Heine Strand ved Folkehelseinstituttet.

Økt risiko for hjerte-karlidelser

Studier har vist at overvektige jenter har større sannsynlighet for også å være overvektige når de blir voksne enn gutter. Tidligere funn tyder også på at lange perioder med overvekt i barndommen kan føre til økt risiko for hjerte-karlidelser.

- Dette kan forklare at vi i denne studien fant at overvekt ved 15 års alder er bestemmende for dødelighetsrisiko blant kvinner, men ikke blant menn. Tidligere resultater fra vår studie har vist at økt KMI i ungdomsårene kan ha en uheldig effekt på både blodtrykk og kolesterolnivå. Dette kan forklare noe av den forhøyede dødelighetsrisikoen blant overvektige ungdommer i vår studie. Undervekt i barndommen har tidligere også blitt relatert til høyt blodtrykk og kolesterol, noe som igjen kan føre til tidlig død, sier Strand.

Han understreker at kjønnsforskjellene må ses i sammenheng med at jenter og gutter utvikler seg forskjellig i ungdomsårene. Høy KMI for gutter kan bety økt muskelmasse, som er positivt for helsa, mens økt KMI hos jenter i større grad kan skyldes økte fettreserver, som er mer helseskadelig.

Viktig kunnskap for forebygging av sykdom

Med økende overvektsproblematikk blant barn og unge er forebygging spesielt viktig med tanke på befolkningens fremtidige helse.

- Våre funn tyder på at tiltak som fremmer normalvekt i ungdomsårene kan forhindre tidlige dødsfall i yngre generasjoner, sier Strand.

Om studien

Studien har brukt data fra den britiske kohorte-studien National Survey of Health and Development, hvor de samme personene er fulgt fra fødsel i 1946 til alder 60 år eller død. Få studier har muligheten til å undersøke hvordan vekten gjennom livet påvirker helsen i voksen alder. Lange oppfølgingsstudier er sjeldne, men et av unntakene er denne britiske 1946-kohorten. 5362 nyfødte babyer, som alle ble født i samme uken i mars 1946, har blitt fulgt opp med målinger mer enn 20 ganger gjennom hele livet. Resultatene fra studien er publisert i BMJ-tidsskriftet Journal of Epidemiology and Community Health.

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=86699>

Relaterte dokumenter

- Childhood, adolescent and early adult body mass index in relation to adult mortality: results from the British 1946 birth cohort (pdf)

Referansekode i 'Helserådet': UNG 2010-4

Stikkord: Dødsårsaker. Overvekt. Spiseforstyrrelser.

Jubileumsseminar

Matallergiregisteret 10 år

Publisert 09.11.2010 , oppdatert: 09.11.2010, 14:01

Stikkord:Ernæring (se Kosthold), Allergi, Kosthold (ernæring)

Matallergiregisteret ved Folkehelseinstituttet feirer 10 års innsats i arbeidet med matallergi, og inviterer til et åpent internasjonalt seminar for alle interesserte tirsdag 30. november. Fokus vil være matallergiregistrenes økende betydning i arbeidet med å forebygge alvorlige allergiske reaksjoner mot mat, og med å sikre trygg mat for matallergikerne.

Sted: Folkehelseinstituttet. Lovisenberggt.8

Program

09:00

Welcome. Martinus Løvik, Oslo

09:10

Food Allergy in Norway - An Overview. Ragnhild Halvorsen, Oslo

09:30

The Norwegian Food Allergy Register. Ellen Namork, Oslo

10:00

Food Allergy Registers - the Food Authority Perspective. Sue Hattersley, London

10:30

Coffe Break

11:00

Towards a European Food Allergy Register. Margitta Worm, Berlin

11:45

Food Allergy Registers - the Patient Perspective. Frans Timmermans, Amsterdam

12:15

Adverse Effects Register for Cosmetic Products. Berit Granum, Oslo

12:30

The Lupin Story. Martinus Løvik

12:50

Final Discussion

13:00

End of Seminar

Deltakelse er gratis, men av praktiske årsaker (lett bevertning) setter vi pris på om du sender e-post til Matallergiregisteret om du vil delta.

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2010 – 6

Stikkord: Matallergi. Matvareallergi

Kvinner med anoreksi oppgir oftere at graviditeten ikke var planlagt

Publisert 11.11.2010 , oppdatert: 11.11.2010, 09:20

Stikkord:Psykisk helse, Spiseforstyrrelser (anoreksi, bulimi)

En av to kvinner med anoreksi var gravide uten at dette var planlagt. De hadde også oftere tidligere tatt abort. Det viser ny en ny studie fra Folkehelseinstituttet.

Undersøkelsen baserer seg på et stort antall gravide kvinner som deltar i Folkehelseinstituttets Mor og barn-undersøkelse (MoBa). Over 60 000 gravide kvinner svarte på spørreskjemaene som er grunnlaget for denne studien. På bakgrunn av svarene om spising og slanking kom man frem til at 62 kvinner hadde anoreksi.

Artikkelen er nylig publisert i tidsskriftet Obstetrics & Gynecology: "Unplanned Pregnancy in Women With Anorexia Nervosa".

En av to graviditeter var ikke planlagt

Halvparten av kvinnene med anoreksi oppga at deres svangerskap ikke var planlagt. Blant resten av kvinnene var nær 20 prosent av svangerskapene ikke planlagt. Resultatene kunne ikke forklares ved ulik bruk av prevensjon eller fravær av menstruasjon.

Kvinner med anoreksi har likevel oftere uregelmessig menstruasjon på grunn av dårlig ernæring.

– En mulig forklaring kan derfor være at de tror sannsynligheten for å bli gravid er mindre, og at de er mer uforsiktlige i bruk av prevensjon, sier forsker Leila Torgersen ved divisjon for psykisk helse, Folkehelseinstituttet.

Det er første gang dette er studert.

Oftere tatt abort

24 prosent av kvinnene med anoreksi hadde utført abort i forbindelse med tidligere svangerskap, mot 15 prosent bland de andre kvinnene. Gravide kvinner med anoreksi var også i gjennomsnitt yngre enn andre gravide (26 versus 30 år).

Folkehelseinstituttet forsker på spiseforstyrrelser

Det er to store prosjekt om spiseforstyrrelser ved Folkehelseinstituttet. Prosjektene ser nærmere på hvordan spiseforstyrrelser påvirker svangerskap og barnets utvikling, og på hvilke erfaringer pasienter kan ha knyttet til det å få diagnostisert, leve med og bli behandlet for alvorlig anoreksi.

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=86769>

Relaterte sider (se www.fhi.no)

- Spiseforstyrrelser - fakta om anoreksi, bulimi og overspisingslidelse
- Spiseforstyrrelsesprosjekter ved Folkehelseinstituttet

Referansekode i 'Helserådet': SEX 2010 – 3

Stikkord: Anoreksi. Graviditet.

Sammenheng mellom overgrep i barndommen og bekymring for barnet i svangerskapet

Publisert 11.11.2010 , oppdatert: 11.11.2010, 08:37

Stikkord: Mor og barn-undersøkelsen

Gravide kvinner som har opplevd fysiske og seksuelle overgrep i barndommen er mer bekymret for om det ufødte barnet er friskt og velskapt enn gravide som ikke har opplevd overgrep, viser en ny delstudie fra Den norske mor og barn-undersøkelsen (MoBa) ved Folkehelseinstituttet.

Delstudien omfatter 58.000 gravide kvinner fra hele landet som har svart på to spørreskjemaer i 17. og 30. svangerskapsuke. Studien har i tillegg brukt data fra Medisinsk fødselsregister. Resultatene er publisert i tidskriftet Acta Obstetrica et Gynecologica.

3,9 prosent av kvinnene rapporterer sterk bekymring for barnets helse i 30. svangerskapsuke.

2,1 prosent oppga at de har opplevd fysiske overgrep i barndommen (før 18 års alder), mens

3,2 prosent har vært utsatt for seksuelle overgrep.

2,2 prosent rapporterer om en kombinasjon av fysiske og seksuelle overgrep i barndommen. Resultatene viser en sammenheng mellom overgrep og bekymring for det ufødte barnets helse i alle tre kategoriene.

Komplekst bilde

- Overgrep i barndommen kan være et ledd i en rekke som fører til sterk bekymring for barnets helse i svangerskapet. Sammenhengen var sterkest hos kvinnene som ble utsatt for både fysiske og seksuelle overgrep. Samtidig ser vi at dette er komplekst og at andre faktorer også spiller inn. Eksempler på andre faktorer er sivilstatus, overgrep i voksen alder, egenopplevd mestringsevne, tidligere fødselsopplevelse og hvordan kvinnen har opplevd oppfølging i svangerskapet fra helsepersonell, sier jordmor og prosjektrådgiver Jorid Eide ved Folkehelseinstituttet.

Graviditeten kan oppleves som en sårbar fase hvor tidligere livshendelser reaktiveres og kommer mer fram i bevisstheden. Overgrep i barndommen kan føre til at noen kvinner opplever at andre har tatt kontroll over egen kropp. I svangerskapet skjer en vekst og kroppslig forandring som man selv ikke kan kontrollere. Det kan derfor oppstå en viss gjennkjennelse som skaper bekymring for barnet. Dette finnes det imidlertid lite dokumentert kunnskap om.

- Vi var overrasket over at symptomer på generell angst og depresjon ikke viste sammenheng med bekymring for barnet, noe som enkelte studier tidligere har vist. Dette kan tyde på at svangerskapsrelatert redsel er en annen og mer kroppslig form for redsel enn generelle symptomer på angst og depresjon, sier Eide.

Nyttig kunnskap for helsepersonell

God oppfølging kan virke beskyttende på bekymring i svangerskapet. Mange gravide trenger tid og støtte fra helsepersonell på at de kan mestre svangerskapet og fødselen.

- Vi håper at resultatene fra denne studien og tilsvarende funn kan bidra til at jordmødre og leger i svangerskapsomsorgen så tidlig som mulig fanger opp signaler fra kvinner som strever med sin bekymring. Tillitsfull dialog kan være med på å legge forholdene til rette slik at opplevelsen rundt svangerskap og fødsel blir god, sier Eide.

Referansekode i 'Helserådet': SEX 2010 – 4

Stikkord: Overgrep. Svangerskap.

Samme E. coli-stamme påvist hos to av HUS-tilfellene

Publisert 11.11.2010 , oppdatert: 11.11.2010, 16:14

Folkehelseinstituttet har påvist E. coli O157 i prøvene fra to av de tre HUS-tilfellene som ble offentliggjort i går. Det foreligger ikke prøveresultater for det tredje tilfellet. Den påviste E. coli-bakterien har samme DNA-profil og egenskaper som bakterien som forårsaket et større nasjonalt utbrudd i 2009.

- Påvisningen av den samme bakteriestammen hos to av pasientene styrker mistanken om at dette kan være et utbrudd med en felles smittekilde, sier avdelingsdirektør Bjørn Iversen.

- Det er for tidlig å si noe om det er noen sammenheng mellom disse to tilfellene og utbruddet i 2009, der ni barn utviklet HUS, sier han.

Det gjøres nå en systematisk innsamling av informasjon om pasientene. Det gjennomføres grundige intervjuer av foreldre og andre i barnets nærmiljø. Hva har barnet spist og drukket? Har det hatt kontakt med dyr? Hva er blitt servert i barnehagen? Spørreskjemaet er langt og detaljert. Mattilsynet tar prøver av matrester.

- Oppklaringsarbeidet ved utbrudd er komplisert og tidkrevende. Dessverre er det ofte slik at smitekilden aldri blir funnet, sier Iversen.

Hvilke symptomer hos barn bør man være oppmerksom på?

- Høst og vinter er en periode med mye diaré og omgangssyke. De aller fleste som får diaré har kortvarig og ufarlig sykdom, sier Bjørn Iversen.

- Foreldre og helsepersonell bør nå være ekstra årvåkne ved diaré hos barn. I de fleste tilfeller, men ikke alltid, starter HUS-sykdommen med en magetarminfeksjon med blodig diaré. Barnet kan ha feber, er slapt, irritabelt og har generelle sykdomstegn, sier Iversen.

- Det er først og fremst barn under 5 år som utvikler HUS fordi nyrene hos små barn er mer sårbare for bakterien og den giften den lager, forklarer Bjørn Iversen. Hos eldre barn og voksne kan E. coli O157 gi alt fra ingen symptomer til alle grader av diaré, også blodig.

Om E. coli O157

E. coli-bakterier finnes i store mengder i tarmen hos mennesker og dyr. Disse bakteriene er vanligvis ufarlige, og er en del av den normale bakteriefloraen. Det finnes mange typer E. coli-bakterier. Noen er giftproduserende og kan gi blodig diaré og komplikasjonen HUS, og disse kalles EHEC. E. coli O157 er en undergruppe av EHEC. Bakterien overføres vanligvis gjennom kjøtt som ikke er varmebehandlet, forurensede grønnsaker, upasteurisert melk, vann, ved direkte kontakt med dyr som skiller ut bakterien eller fra person til person.

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2010 – 13

Stikkord: HUS, E coli O157.

HELSE RÅDET

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

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