

Komplett innholdsfortegnelse s. 2

Helserådet 20 år s. 3

Nye direktører s. 5

"Turistdiaré" i Hønefoss s. 8

Revidert legionellaveileder s. 10

Influensasituasjonen s. 15 og s. 16



VELKOMMENTIL MFAL-KONTAKTNETTET!

Responser på invitasjonen til å delta i et samfunnsmedisinsk kontaktnett har vært stor, og vi kan allerede i utgangspunktet ønske henimot 200 kolleger velkommen. Dette synes å tyde på at behovet for nærmere kontakt oss kommuneleger i/bydelsoverleger/distriktoverleger imellom klart er tilstede. Svært gledelig er det også at flere fylkeslegekontorer ønsker å være med i MFAL-nettet. Så vi får arbeide for at dette blir levedyktig kontaktnett som deltagerne vet å gjøre bruk av i form av beretninger om egne erfaringer, diskusjon av viktige spørsmål, svar, kommentarer o.s.v. I forbindelse med lanseringen av MFAL-kontaktnettet har det også vært endel spørsmål om tilgang til rapportene via edb, nærmere bestemt via elektroniske oppslagstavler (såkalte BBS). "Debatten" og erfaringsutvekslingen i MFAL-nettet vil skje månedlig i forbindelse med utgivelsen av MFAL-rapporten i papirversjon. Det er dette deltagerne har betalt for gjennom medlemskapskontingenten og abonnementet. Men i tillegg vil rapportenes innhold også være tilgjengelig via elektronisk oppslagstavle. En slik oppslagstavle gjør det mulig å legge inn mere stoff enn det er plass til på en papir-rapport. Som vedlegg til denne MFAL-rapporten finnes en orientering fra KEKS som er en elektronisk oppslagstavle som er utviklet i Surnadal kommune. KEKS står for Kommunenes Elektroniske Konferansesenter. KEKS har utviklet oppslagstavler for flere sektorer av den offentlige forvaltning; mest kjent er kanskje oppslagstavlen for HVPU-reformen. Vi er også i kontakt med Folkehelse-BBS med henblikk på mulighetene for å gjøre MFAL-rapportene tilgjengelige her.

OPPBYGGING AV MFAL-RAPPORTENS INNHOLD

Hver artikkel eller notis i MFAL-rapporten utstyres med en referansekode. Kodene er bygget opp med en bokstavkombinasjon pluss et løpenummer:

- MHV = miljørettet helsevern
- HST = helsestatistikk/edb
- TSS = tiltak mot smittsomme sykdommer
- HBE = helsemessig beredskap
- OLE = organisasjon og ledelse
- LVA = legevakt/AMK
- KPL = kommunal planlegging
- HTJ = helsetjenester, diverse

F. eks. vil koden MHV 1993-21 referere seg til en artikkel om et miljørettet helsevernsspørsmål. Alle artiklene vil også være tilgjengelig via samme kode i KEKS. Hvis koden i tillegg har en X (f. eks. MHV 1993-21X), betyr det at det er mer stoff tilgjengelig om den aktuelle sak på den elektroniske oppslagstavlen enn det det har vært plass til på

papirrapporten. Det henvises til vedlagte orientering om KEKS. Videre er hver artikkel/notis utstyrt med stikkord. Dette for å kunne lage gode samleoversikter og for å kunne gjenfinne stoffet på en lettvinnt måte i KEKS. Vi vil i mars sende ut en medlemsfortegnelse i MFAL-kontaktnettet. Senere i 1993 vil vi gjengi stikkordslisten, og ved årets slutt en emneindeks med henvisning til hvilke(r) utgave(r) av MFAL-rapport et stikkord forekommer.

Anders Smith, (red.)

HELSETRUENDE BOLIGFORHOLD ETTER KLOAKKLEKKASJE

Den 3.12.92 fikk Helseseksjonen i Bærum kommune melding om oversvømmelse fra utendørs kummer i nærheten av en bolig like ved kommunens søppefyllplass. Vannet stod på det meste ca. 60 cm. over kjellergulv i huset, og det var sterk kloakkluft. Samtale med familien neste dag kunne tyde på at inntil fem personer i husstanden kunne være blitt forgiftet av gasser fra det sterkt forurensete vannet: Metangass, H₂S og diverse merktaptaner.

Personene ble omgående sendt til undersøkelse ved Bærum sykehus hvor konklusjonen var at akutt forgiftning ikke kunne utelukkes. På dette grunnlag ble det om kvelden den 4.12.92 fattet følgende hastededtak av kommuneoverlegen i medhold av kommunehelseslovens §§ 4a-3 og 8:

Med øyeblikkelig virkning forbyr boligen i adresse N.N., 1314 Skui som oppholdssted for mennesker. Hvis husets beboere må tilbringe de kommende dager på hotell, skal dette skje til en rimelig pris med tanke på eierens mulige regresskrav mot Bærum kommune. Denne beslutning er meddelt herr N.N. over telefon 4.12.92 ca. kl. 20:00. Vedtaket meddeles deretter skriftlig til herr N.N. og fru N.N. Klage over vedtaket må skje skriftlig innen tre - 3 uker og sendes fylkesmannen i Oslo og Akerhus via kommuneoverlegen.

Vedtaket var altså rettet mot eierne av huset, kopi av vedtaket ble omgående sendt kommunens vann-, avløps- og renovasjonsetat.

Videre forløp: Jeg valgte å rette vedtaket mot boligens eier hvilket han var vel innforstått med. Jeg mente at det var korrekt i og med at det skadelige forhold gjaldt hans bolig. Det ville ikke vært noe vanskelig å få familien til å flytte ut også uten dette vedtaket, men vedtaket syntes hensiktsmessig ikke minst for å tydeliggjøre overfor kommunens egen vann-/avløps- og renovasjonsetat at her måtte det foretas noe. Overfor denne etaten gjorde jeg også oppmerksom på at vedtaket først ville bli opphevet når følgende tiltak var iverksatt: At det var gjennomført en inspeksjon i en

Helserådet

INNHold NR. 1/13

Helserådet er 20 år.....	3
Mitt liv som bladmann.....	4
Hvordan finne igjen stoff i 'Helserådet'?	5
Bjørn Guldvog ny helsedirektør	5
Bjørn-Inge Larsen ny departementsråd	6
Ny direktør for Statens helsetilsyn	6
Samarbeid mellom Mattilsynet og kommuner ved matsmitte.....	7
Artikler på www.helsebiblioteket.no	7

NYTT FRA WWW.FHI.NO, FOLKEHELSEINSTITUTTET

Utbrudd av denguefeber på Madeira . norsk turist smittet	8
"Turistdiaré" bakterie årsak til sykdomsutbrudd på hotell i Hønefoss	8
Rabies påvist hos dyr i Hellas	9
MSIS-skjema for nominativ melding kan nå fylles ut elektronisk før det skrives ut.....	9
"Forebygging av legionella-smitte – en veiledning" er revidert.....	10
Mangler kunnskap om effekt av legemidler brukt av gravide i LAR	11
Bedre vekst uten akrylamid.....	11
Statistikk for fødeinstitusjonene 2011 og 2012.....	12
320 000 blir undersøkt eller behandlet for hjerte- og karsykdom i år	13
Livsstil kan påvirke risiko for å dø av eller med demens	14
Influensasituasjonen i Norge julen 2012	15
Stadig mer influensa	15

Helserådet

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

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

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

Web-redaktør: Ingrid Moen Rotvik, journalist. E-post: imr@helsebiblioteket.no. Tlf. 45 51 26 20

Trykk: In-trykk AS

Layout: ASAP Media

Distribusjon: Postklart Distribusjon as

Forsidefoto: Første nummer av MFAL-rapport i 1993

Helserådet er 20 år

Av Anders Smith, redaktør av 'Helserådet'

Velkommen til første nummer av 'Helserådet' for 2013. Som man vil se, er det ny design. Det faller også sammen med at det den 15. januar er 20 år siden første nummer av 'Helserådet' ble utgitt. D.v.s.: bladet startet ikke opp under dette navnet før i 1996. Det første året hadde bladet betegnelsen MFAL-rapport. Dagens forsider viser førstesiden av denne aller første utgivelsen.

MFAL var forkortelsen for "Medisinsk Faglig Ansvarlig Lege", og det var jo det kommunelegene var i henhold til kommunehelsetjenesteloven på den tiden. P.g.a. en lovendring i 1994 ble navnet på bladet endret til MFRL-rapport (nå var det Medisinsk Faglige Rådgivende Leger vi skulle være). Selv hadde jeg vært kommuneoverlege i Bærum siden 1986.

Navneendringen til 'Helserådet' i 1996 var kanskje litt nostalgisk betinget: nå var det ikke lenger noe i lovverket som het *Helseråd*. Men navneskiftet hadde også et annet siktemål: at publikasjonen kunne bidra som formidler og rådgiver kollegene i mellom.

Etter et møte i Bergen i mai 1991 hadde jeg lenge MSIS i tankene: gikk det an å lage noe som tilsvarte MSIS på andre områder av samfunnsmedisinen? I november 1992 ble det sendt ut en invitasjon til alle landets kommuner og kommuneleger. Denne invitasjonen forteller mer om bakgrunnen for etableringen av det som etter hvert ble til 'Helserådet':

Det var under stadslegemøtet i Bergen i mai 1991 at behovet for en nærmere kontakt mellom oss kommuneleger/bydels-overleger/kommuneoverleger/distriktoverleger ble tydeliggjort. Det fremkom interesse for å skape en egen faglig arena innen gruppen. En "redaksjonskomité" bestående av Ove Bang (nå Asker), Jan Utkilen (Bergen), Kai Hagen (nå Nordland fylkeskommune) og undertegnede Anders Smith (Bærum) skulle lage utkast til hvordan et slikt nettverk kunne utformes.

I en administrativt uoversiktlig situasjon er det helt klart behov for å ha en faglig ryggrad, et samarbeid og et forum for erfaringsutveksling hvor fagledelsen i alle landets kommuner kan ta opp viktige spørsmål og også opptre som en enhet i bestemte situasjoner. Gruppen av medisinske fagledere i kommunene må selvsagt ha en bred samfunnsmedisinsk kontakflate også til den statlige helseforvaltningen, SIFF, fylkeslegene, OLL og andre.

Målsettingen for etablering av et samfunnsmedisinsk kontaktnett som vi kaller MFAL-kontaktnettet, er:

□ styrking av fagleder-funksjonene i kommunehelsetjenesten; videreutvikling av medisinsk fagledelse i kommunene som et eget felt med integrasjon av medisinsk og administrativ kompetanse, utvikling av målformuleringer, strategier, kontaktlinjer til media og andre instanser, arrangere konsensuskonferanser innen samfunnsmedisin;

□ finne en praktisk kommunikasjonsmåte som gjør det enkelt å ha intern kommunikasjon mellom faglederne.

Responsen på invitasjonen var svært positiv: et par hundre kommuner ønsket å være med. Første nummer av MFAL-rapport ble der for utgitt 15. januar 1993.

De første årene ble det utgitt 12 numre pr. år. Etter hvert økte antall utgivelser pr. år til 16.

I årene 2004, 2005 og 2006 hadde vi egne artikkelserier om bestemte temaer. Disse ble deretter samlet og gitt ut som egne hefter:

2004: Samfunnsmedisin for allmennpraktikere

2005: Kommunenes arbeid for psykisk helse

2006: Interkommunalt samarbeid om helsetjenester

I løpet av de 20 årene som er gått, er det blitt publisert til sammen 2115 artikler, med smått og stort. Det har vært originalartikler, artikler redigert fra innlegg på eyr eller kompass eller artikler hentet fra andre kilder, f. eks. Folkehelseinstituttet og Kommunal Rapport. En lang rekke nyheter fra den sentrale helseforvaltningen er også blitt formidlet.

Da vi gjorde opp en status i januar 2008, viste oversikten at man frem til det tidspunktet hadde publisert 1003 artikler. Det betyr at vi i løpet av de siste fem årene har publisert ytterligere 1112 artikler. Det har skjedd ved økning av volumet på hvert enkelt nummer samtidig som utgivelsesfrekvensen er økt. 'Helserådet' utkommer nå med 23 numre pr. år.

Hver artikkel i 'Helserådet' er utstyrt med en referansekode som viser hvilket tema som artikkelen er rubrisert under. Antallet temaer er blitt en del utvidet i årenes løp, alt avhengig av hva som har vært aktuelt å formidle. Den nåværende temalisten ser slik ut:

Miljørettet helsevern
Tiltak mot smittsomme sykdommer
Helsetjenester diverse
Organisasjon og ledelse
Helseberedskap
Helserett
Helsestatistikk
Legevakt
Kommunal planlegging
Redaksjonelt
Skader og ulykker
Ernæring
Tobakkskader
Fysisk aktivitet
Universell utforming
Sosial ulikhet i helse
Seksuell og reproduktiv helse
Helse i plan
Konsekvensutredninger
Partnerskap for folkehelse
Metoder i folkehelsearbeidet
Kvalitetssikring
Frivillige organisasjoner
Helsestasjoner
Skolehelsetjeneste
Rusforebyggende tiltak
Helseøkonomi
Samhandling
Barn og unge
Medisinsk historie
Psykisk helse (forebyggende tiltak)
Personlig hygiene og hjemmehygiene
Inneklima
Arbeidsmiljø – yrkesmedisin
Andre temaer (etik)

F.o.m. 2007 har 'Helserådet' inngått som en del av Helsebibliotekets portefølje. Helsebiblioteket (www.helsebiblioteket.no) er en del av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 'Helserådet' ble knyttet til det da nyopprettede *emnebibliotek for samfunnsmedisin og folkehelsearbeid* som igjen er en del av www.helsebiblioteket.no. Undertegnede er også redaktør av dette emnebiblioteket. Temalisten i det elektroniske emnebiblioteket er identisk med temalisten i 'Helserådet'.

'Helserådet' har fra 2007 og utover også hentet stoff fra emnebiblioteket samtidig som 'Helserådet' i elektronisk versjon er tilgjengelig via Helsebiblioteket. Det arbeides for tiden med felles elektronisk søkefunksjon for artikler i emnebiblioteket og 'Helserådet', basert på de stikkord (= søkeord) som hver artikkel er utstyrt med. Mer om dette: se annen artikkel i dagens utgave av 'Helserådet'.

Høsten 2010 påtok 'Helserådet' seg å gjengi alle nyhetsartikler fra Folkehelseinstituttet (FHI). Det skjedde etter at FHI sommeren 2010 sluttet å utgi sine egne papirbaserte MSIS-rapporter.

'Helserådet' er abonnementsbasert. Man kan velge mellom abonnement på 'Helserådet's papirversjon (ett eller flere eksemplarer i konvolutten hver gang) og abonnement på den elektroniske versjonen som innebærer at man får tilsendt 'Helserådet' i pdf-format som vedlegg til en e-post melding. 'Helserådet' nr. 23/12 har en nærmere oversikt over abonnementsstyper og priser. *Eldre utgaver* av 'Helserådet' er fritt tilgjengelig via www.helsebiblioteket.no. Innholdet her vil, som ovenfor nevnt, bli gjort søkbart på lik linje med annet stoff i emnebibliotek samfunnsmedisin og folkehelse. 'Helserådet' blir altså, med en viss tidsforsinkelse, også gjort elektronisk tilgjengelig via internett.

Referansekode i 'Helserådet': RED 2013 – 2

Stikkord: Helserådet. MFAL. MFRL.

'Helserådet' 20 år:

Mitt liv som bladmann

Av Anders Smith, redaktør av 'Helserådet'

Mitt liv som bladmann strekker seg lengre tilbake enn til de 20 årene som 'Helserådet' har eksistert. Når jeg tenker meg om, startet det i 1956, før jeg hadde fylt 11 år. Jeg hadde i meg en slags trang til å fortelle om, eller dele med andre, ting jeg hadde vært med på. Det resulterte i bladet *Toppen* som egentlig skulle hete *Toppenhaug avis* (etter hjemstedet mitt i Drammen), men fordi jeg nådde høyre marg før det lange navnet var ferdigskrevet, ble det med det første leddet som jeg i grunnen syntes passet bra på et blad som dette. Bladet utkom et par års tid. Nedenstående reportasje er fra en av de aller første oppsetningene av Egners kjente stykke som da nettopp hadde hatt ur-premiere. Thorbjørn Egner må den gangen ha vært 44 år gammel. Redaktøren ble på dette tidspunkt tatt med av sine foreldre på festforestilling i Nationaltheatret. Det ble en stor opplevelse, og stykket fikk god kritikk (!).



Forsiden av bladet "Toppen" fra 15. januar 1957.

Det tekniske utstyret som redaksjonen forvaltet, bestod i smeltet gelatinmasse tilsatt glycerol og salicylsyre. Dette ble så helt over i en flat form. Når blandingen var stivnet, kunne man legge originaltrykk av de ferdigskrevne avssidene ned på massen for deretter å kopiere innholdet over på blanke ark som ble lagt på gelatinmassen. På den måten kunne man oppnå et antall kopier på i hvert fall 30. Og det tilsvarte omtrent abonnementsstallet. Originalene måtte skrives med noe som het hektografblekk. Man kunne også få kjøpt skrivemaskinbånd gjennomtrukket med slikt blekk.

Da jeg kom over i realskolen (som det den gang het), ble jeg redaktør og utgiver av en klasseavis. Da hadde vi en moderne stensilmaskin til disposisjon.

MSIS

Det skulle gå noen år før jeg igjen beskjeftiget meg med redaksjonelt arbeid. Nærmere bestemt i 1974 da jeg skulle avtjene verneplikten. Skjebnen ville det slik at jeg ble plassert på Hygienekontoret i Forsvarets sanitet, med arbeidssted Statens institutt for folkehelse (SIFF som den gang var forkortelsen). Der kom jeg midt oppe i planleggingen av meldesystemet for infeksjonssykdommer (MSIS) under ledelse av overlege Arve Lystad. Systemet baserte seg blant annet på at norske leger skulle melde om forekomst av smittetilfeller etter nærmere fastsatte regler. Noen sykdommer skulle meldes hver uke på et summarisk ukemeldingskort. Andre tilfeller (de mer alvorlige) skulle meldes nominativt (bl. a. med identifisering av pasienten, men også med opplysninger om tid og sted) etter hvert som tilfellene dukket opp. Den bærende idé var at leger, helsesøstre og andre skulle få noe *tilbake*, som en slags kvittering eller motivasjon for fortsatt å melde, men også å sørge for at helsearbeiderne var tilstrekkelig opplyst om tingenes tilstand.

MSIS ble gjort landsomfattende fra 1975, og MSIS-rapportene ble utgitt hver uke i mange år. Her var det mangt å skrive om. Det var først sommeren 2010 at Folkehelseinstituttet (FHI) la ned MSIS-rapportene og erstattet dem med elektroniske nyhetsmeldinger. Det er for øvrig bakgrunnen for at 'Helserådet' høsten 2010 påtok seg å gjengi alle FHI-artiklene og å øke utgivelsesfrekvensen til hver 14. dag, til sammen 23 numre i året.

Markveien legesenter og KHD-bulletiner

Etter at verneplikten var avsluttet i 1975, ble det ledig stilling som assistentlege hos Arve Lystad. Jeg søkte og fikk stillingen som etter hvert fikk tittelen reservelege. Her ble jeg frem til 1980 da jeg etablerte Markveien legesenter på Grünerløkka i Oslo. Dette var et nokså stort privat legesenter, men med avtale med Oslo kommune.

Legene (til sammen 7) var på fast lønn (!). Vår gode talsmann for den modellen som ble valgt, var Harald Siem i Oslo Helserråd. Her utviklet vi nært samarbeid med hjemmesykepleien, sosialkontoret, apotekene i området, to fysikalske institutter og ikke minst med Lovisenberg sykehus. Vi hadde lokal legevakt for bydelen fra kl. 08.00 – 22.00 i samarbeid med de andre praktiserende legene i bydelen. Og egen rød telefon for ø. hjelp.

Da IBM lanserte den første PC'en i 1982, så vi muligheten for å kunne behandle de gamle legeregningkortene elektronisk. Vi gikk til det høytidelige skritt å kjøpe én PC. Den var dyr! Så laget vi egne punchegrunnlag til erstatning for legeregningkortene og ansatte en dame på deltid som tastet inn alle opplysningene. Det registrerte materialet ble sendt til Kommunedatasentralen for Øst-Norge (KDØ) som foretok selve databehandlingen

og som gjorde det mulig for oss å slippe å foreta den økonomiske avregningen med Oslo trygdekantor manuelt. På punchegrunnlaget hadde vi med noen flere opplysninger enn det som trygdekantoret krevde, men som satte oss i stand til å drive lokalt epidemiologisk arbeid / "helsetjenesteforskning", bl. a. oversikt over hva arbeidet i Markveien legesenter genererte av annen virksomhet: henvisninger, sykmeldinger, medikamentforordninger. Vi ble litt stolte da Oslo trygdekantor en gang kontaktet oss og takket for at vi ved vårt system hadde spart dem for avregnings- og kontrolloppgaver svarende til ½ årsverk.

Etter hvert oppstod det interesse for denne måten å registrere pasientopplysninger på også hos andre. Andre tok vårt system i bruk. Vi kalte det Mark-Data. Etter hvert var det såpass mange at vi etablerte et eget sekretariat for alle brukerne, og vi kalte systemet for KHD (KommuneHelseData). Jon Hilmar Iversen og undertegnede var lederne her, og vi utga i vel ett år KHD-bulletiner som veiledning og motivering for brukerne.

Omega

Dette var et blad som vi utga den gang jeg var fylkeslege i Akershus (1997 – 2003). Navnet ble valgt ut fra det faktum at Akershus legeförening utga bladet Alfa. Så da var vi Alfa og Omega i Akershus! Forbildet var nok på mange måter Meddelelsesblad for Helse-direktoratet som ble utgitt i Karl Evangs tid. Dette er nærmere omtalt i 'Helserådet' nr. 17/12 (side 2).

Men allerede flere år før dette hadde 'Helserådet' sett dagens lys, se artikkelen ovenfor.

Referansekode i 'Helserådet': RED 2013 – 1

Stikkord: Helserådet. Smith, Anders.

Hvordan finne igjen stoff i 'Helserådet'?

Frem t.o.m. 2007 produserte vi for hvert år en innholdsfortegnelse over artikler og stikkord i 'Helserådet'. Senere har vi ikke fulgt opp dette, men slike oversikter har vært etterlyst av flere lesere.

Stikkordregisteret gjorde det mulig å finne frem til *hvilket nummer* av 'Helserådet' et bestemt stikkord befant seg i, men anga ikke nærmere hvilken artikkel det dreide seg om. Dette ble for lite spesifikt, og derfor bestemte vi oss for å prøve en annen løsning. Den går vi videre med nå.

Som leserne vil ha sett, har vi gjennom alle år, helt siden oppstarten i 1993, utstyrt hver enkelt artikkel med en referansekode og ett eller flere stikkord. Referansekoden angir hvilket *tema* artikkelen sorterer under. Eller for å bruke et bilde: det er den skuffen som vi legger en artikkel i når den er ferdig skrevet. På www.helsebiblioteket.no kaller vi dette et meny punkt. Temalisten i 'Helserådet' er identisk med *meny punktlisten* i emnebibliotek samfunnsmedisin og folkehelse på www.helsebiblioteket.no.

Problemet er bare at en artikkel lett kan gjøre krav på å ligge i flere skuffer, med andre ord at den kan være relatert til mer enn ett tema. Men ved å utstyre artikkelen med flere kjennetegn (stikkord) enn bare referansekoden og gjøre alle disse kjennetegnene søkbare, vil det bli lettere å finne tilbake til det man søker etter. Moderne tek-

nologi kommer her inn og hjelper oss!

Det vi nå forsøker å få i stand, er å bygge opp en stikkorddatabase som leseren kan gå inn i og velge fra. Når man da har valgt et bestemt stikkord (inkludert tema), vil man få presentert overskriften på alle de artiklene som inneholder dette stikkordet. Søkene vil kunne spesifiseres ytterligere ved at man velger stikkord etter prinsippet **enten – eller** eller **både - og**. Særlig det siste anses som meget aktuelt. Eksempler: "Jeg søker artikler som har stikkord **både** katter **og** nattestøy". Eller: "Jeg søker artikler som har stikkord **både** barn/unge **og** funksjonshemming".

De artikkeloverskriftene som søket gir, vil bli klikkbare:

- For eldre artikler i 'Helserådet' (som ikke er digitalisert) vil man få opp angivelse av hvilket nummer/årgang av 'Helserådet' som artikkelen med det aktuelle stikkordet befinner seg i og på hvilken side. Så må man selv finne artikkelen i den papirutgaven av 'Helserådet' som det er henvist til. Kanskje har man papirutgavene samlet i en ringperm på kontoret, eller den er å finne i et tradisjonelt fagbibliotek. Helsebiblioteket vil også kunne være behjelpelig med å sende en kopi av det aktuelle nummeret av 'Helserådet'.
- For nyere artikler i 'Helserådet' (som er digitalisert) vil man på samme måte som ovenfor få opp angivelse av nummer/årgang av 'Helserådet' som artikkelen med det aktuelle stikkordet befinner seg i. Et nytt tastetrykk ved den viste artikkeloverskriften vil vise hele det aktuelle nummeret av 'Helserådet' i pdf-format.

Vi vil komme tilbake med nærmere informasjon når arbeidet med den nye søkefunksjonen er ferdig.

Referansekode i 'Helserådet': RED 2013 – 3

Stikkord: Søkefunksjon. Stikkord. Helsebiblioteket. Helserådet.

Bjørn Guldvog ny helsedirektør

Bjørn Guldvog er i statsråd 14.12.2012 utnevnt til direktør for Helsedirektoratet. Han har siden 2004 innehatt stillingen som assisterende helsedirektør.

- Vi som får jobbe i helse- og omsorgstjenesten er privilegerte. Vi trer inn i viktige deler av menneskers liv, ofte i kritiske situasjoner. Grunnlaget for helsetjenesten er å gjøre godt for andre. Det skal Helsedirektoratet understøtte, sier Bjørn Guldvog.

Han fortsetter:

- Vi har en god og raus helsetjeneste i Norge. Den må hele tiden endre seg i takt med samfunnsutviklingen og med folks forventninger. Vi har store teknologiske, menneskelige og



faglige muligheter til å få en enda bedre tjeneste i årene som kommer. Det gleder jeg meg til å jobbe med.

Helsedirektoratet skal gi faglige råd, iverksette politikk og forvalte helselovene.

– Dessuten forvalter vi helserefusjonsområdet som omfatter 24 milliarder kroner og statlige tilskudd på ti milliarder kroner ut til kommuner og organisasjoner. Jeg er opptatt av at vi skal gjøre det på en trygg, forutsigbar og god måte – hver dag!

Guldvog peker på den fremtidige mangelen på helsepersonell som en stor utfordring.

– Vi er glade for at vi kan leve lenger og med bedre helse. Samtidig vil stadig flere ha behov for helse- og omsorgstjenester. Og for å unngå bare å reparere, må vi også ha et tydelig folkehelsearbeid for å beholde og utvikle folks gode helse og unngå sykdom.

Bred helsebakgrunn

Bjørn Guldvog ble ansatt i Sosial- og helsedirektoratet i 2002, da som direktør for divisjon for helse- og sosialtjenester frem til han altså i 2004 ble assisterende helsedirektør og fast stedfortreder for nå avgåtte Bjørn-Inge Larsen.

Han er utdannet cand.med. fra Universitetet i Oslo i 1985 – og har bred erfaring fra helsetjenesten, der han blant annet har jobbet som fastlege, sykehjemslege og lege i sykehus.

Fra 1989-1992 var han forsker og senere forskningsleder ved Nasjonalt folkehelseinstitutt, og fra 1993-2001 instituttssjef ved Stiftelse for helsetjenesteforskning (HELTEF). Fra 2005 har Guldvog dessuten vært professor II i sosialmedisin ved Universitetet i Bergen – og har som forsker publisert innenfor helsetjenesteforskning, kvalitet i helsetjenesten, nevrologi og skade- og ulykkesforskning.

Helse- og omsorgsminister Jonas Gahr Støre gratulerer

– Jeg vil gratulere deg med tillitsvervet som helsedirektør, og ønske deg og de dyktige medarbeiderne dine lykke til, sa helse- og omsorgsminister Jonas Gahr Støre på et allmøte i Helsedirektoratet.

– Det er viktig for Norge å ha et veldrevet Helsedirektorat. Vi er nå ved en rundingsbøye der vi skal heve kvaliteten og etikken i tjenestene ytterligere, og fortsette å sikre de gode menneskemøtene. Jeg vil be deg ta med den dimensjonen inn i virket, sa Støre.

Referansekode i 'Helserådet': OLE 2013 – 1

Stikkord: Helsedirektør. Guldvog, Bjørn.

Bjørn-Inge Larsen ny departementsråd

Bjørn-Inge Larsen ble fredag 26. oktober utnevnt av Kongen i statsråd til departementsråd i Helse- og omsorgsdepartementet.

Bjørn-Inge Larsen kommer fra stilling som helsedirektør og leder av Helsedirektoratet. Larsen slutter umiddelbart i sin stilling som helsedirektør og fristilles til arbeid i Helse- og omsorgsdepartementet. Han avløser Anne Kari Lande Hasle som slutter i stillingen i januar 2013.

Bjørn-Inge Larsen har medisinsk embetseksamen fra Universitetet i Oslo fra 1986. Han har tilleggsutdanning i bedriftsøkonomi fra Handelshøyskolen BI og mastergrader i samfunnsmedisin og i økonomi fra University of California, Berkeley. Bjørn-Inge Larsen har jobbet som lege i ulike stillinger, blant annet som fylkeslege i henholdsvis Finnmark og Vestfold.



Larsen ble i 2000 konstituert som assisterende direktør i Statens helsetilsyn. Fra 2001 har han vært helsedirektør og leder av Sosial- og helsedirektoratet, senere Helsedirektoratet. Larsen har deltatt i en rekke styrer, råd og utvalg både nasjonalt og internasjonalt og har også bred erfaring fra internasjonalt samarbeid og med helseberedskap og krisehåndtering.

Bjørn-Inge Larsen tiltrer stillingen som departementsråd etter nærmere avtale med Helse- og omsorgsdepartementet.

Referansekode i 'Helserådet': OLE 2013 – 2

Stikkord: Departementsråd. Larsen, Bjørn-Inge

Ny direktør for Statens helsetilsyn

Jan Fredrik Andresen, 52 år, ble den 28.9.2012 utnevnt av Kongen i statsråd som direktør i Statens helsetilsyn. Andresen er utnevnt til åremålet for en periode på seks år, med mulighet for en ny periode på seks år.

– Jeg gratulerer Jan Fredrik Andresen som får et stort og spennende ansvar som leder av en viktig samfunnsinstitusjon. Statens helsetilsyn vil spille en sentral rolle i den videre styrkingen av pasientsikkerheten. Tilsyn er et viktig grunnlag for læring og er en ressurs for både pasienter og alle som jobber i det norske helsevesenet. Et faglig sterkt Helsetilsyn er avgjørende for befolkningens tillit til helsevesenet, sier helse- og omsorgsminister Jonas Gahr Støre.

Jan Fredrik Andresen har medisinsk embetseksamen fra UiO fra 1989 og er spesialist i psykiatri fra UiO fra 2006. Han har lang og variert erfaring fra helsetjenesten og forvaltningen. Jan Fredrik Andresen



Helse- og omsorgsminister Jonas Gahr Støre og ny direktør i Statens helsetilsyn Jan Fredrik Andresen.

kommer fra stilling som avdelingssjef/avdelingsoverlege ved Dia-konhjemmet sykehus.

Andresen tiltrer stillingen som direktør i Statens helsetilsyn etter nærmere avtale med Helse- og omsorgsdepartementet.

Referansekode i 'Helserådet': OLE 2013 – 3

Stikkord: Statens helsetilsyn. Andresen, Jan Fredrik.

Samarbeid mellom Mattilsynet og kommuner ved matsmitte

I Vestfold, nærmere bestemt i Holmestrand, har det oppstått et spørsmål hvorvidt den kommunale smittevernplanen har tatt hensyn til bestillingen fra Mattilsynet sentralt og Folkehelseinstituttet om samarbeid ved matsmitte. Bestillingen innebar som forutsetning at kommuneoverlegene (smittevernlegene) skulle signere en avtale om gjensidig varsling og samarbeid om matbåren smitte til enhver tid. Kommuneoverlege Ole Johan Bakke har ikke signert en slik avtale. I en redegjørelse til Helsedirektoratet nylig begrunner han dette slik:

Jeg har ikke kunnet signere en slik avtale grunnet at jeg ikke har samvittighet til å signere en avtale jeg vet jeg ikke kan overholde. Jeg vil kunne overholde en slik avtale kun hvis jeg alltid oppholder meg i Vestfold og aldri drikker et glass vin. Det vises også til helsepersonellovens bestemmelser om pliktmessig avhold for helsepersonell og ny forskrift om det samme.

Det er for øvrig flere lov- og forskriftsbestemmelser som aktualiserer samme problemstilling.

Signering av en slik avtale betinger en organisering mellom flere kommuner slik at for eksempel kun én kommuneoverlege i Vestfold er i beredskap for disse hendelsene som befolkningen har behov for med regelmessighet, dog ikke ofte. Jeg rår ikke over etablering av en slik ordning på tross av at jeg har forsøkt, både sentralt og lokalt, å få det på plass.

Lov- og forskriftsbestemmelsene legger dels forpliktelser på kommunen, dels kommuneoverlegen. Ved å sette beredskapen i system vil kommunen kunne ivareta sitt ansvar samtidig som kommuneoverlegens ansvar avklares.

Det er derfor ønskelig at H.dir. igjen vurderer de bestemmelsene som klart fordrer tilgjengelighet til kommuneoverlegene utenom normal arbeidstid. (Folkehelseloven, smittevernloven, psykisk helsevernloven).

Folkehelselovens bestemmelser om retting og stansing (§§ 14, 16) kan kreve hastevettdtak og rask intervensjon.

Smittevernloven har bestemmelser om bl.a. øyeblikkelig meldings- og varslingsplikt ved mistanke om eller bekreftet enkelttilfeller eller utbrudd av enkelte allmennfarlige smittsomme sykdommer. MSIS- og tuberkuloseregisterforskriften i medhold av samme lov har en rekke bestemmelser om varslingsplikt for helsepersonell til kommuneoverlegen. I tillegg en rekke krav til kommuneoverlegen m.h.t. samhandling med Fylkeslegen og Folkehelseinstituttet i tilsvarende hastesituasjoner. Varsling skal skje slik at smitteverntiltak umiddelbart kan iverksettes for å forebygge flere tilfeller.

Psykisk helsevernlovens § 3-1 sier:

Foreligger behov for legeundersøkelse som nevnt i første ledd, men vedkommende unndrar seg slik undersøkelse, kan kommuneoverlegen etter eget tiltak eller etter begjæring fra annen offentlig myndighet eller fra vedkommende sine nærmeste pårørende, vedta at det skal foretas en slik legeundersøkelse. Om nødvendig kan vedkommende avhentes og undersøkes med tvang. Kommuneoverlegens vedtak om tvungen undersøkelse skal straks nedtegnes skriftlig.

Vedtaket kan påklages til Fylkesmannen uten oppsettende virkning. Forskrift om etablering av tvungent psykisk helsevern mv. § 7 hjemler det samme tiltaket. Kommuneoverlegen skal også av eget initiativ begjære innleggelse under tvang i psykiatrisk institusjon for pasienter i behov av dette.

Melding om slike behov kan komme til kommuneoverlegene fra øvrige tjenester til alle døgnets og ukens tider (lov om psykisk helsevern § 3.1, tilhørende forskrift §§ 7 og 9).

En nylig forskriftsregulering av avholdsplikt for helsepersonell har gjort det påkrevet å få en slik avklaring. Forskriften § 1 lyder:

«§ 1. Tidsrom for pliktmessig avhold

Helsepersonell skal ikke innta eller være påvirket av alkohol eller andre rusmidler i arbeidstiden, jf. helsepersonelloven § 8 første ledd. Helsepersonell skal ikke innta alkohol eller andre rusmidler i et tidsrom av 8 (åtte) timer før arbeidstiden begynner.

Med arbeidstiden menes i denne forskriften tidsrommet fra helsepersonell i henhold til sin tjenesteplikt skal påbegynne utførelse av slikt arbeid som stillingen krever og til arbeidet er avsluttet. Som arbeidstid regnes også de tidsperioder hvor helsepersonell mot godtgjøring og i henhold til vaktordninger og arbeidsavtaler har forpliktet seg til å møte på arbeid på kort varsel eller til å gi råd og veiledning på telefon eller ved annen form for elektronisk kommunikasjon.»

Red. kommentar: Jeg vet ikke hvor mange ganger jeg har skrevet artikler her i 'Helserådet' under omtrent denne overskriften: "Har kommuneoverlegen egentlig alltid vakt?"

Referansekode i 'Helserådet': OLE 2013 – 5

Stikkord: Kommunelege. Kommuneoverlege. Smittevernlege. Vaktberedskap. Bakke, Ole Johan.

Artikler på www.helsebiblioteket.no

Nedenfor gjengis overskriftene i artikler innen samfunnsmedisin og folkehelse som er lagt ut på www.helsebiblioteket.no siden forrige oversikt som var i 'Helserådet' nr. 22/12.

For å kunne lese artiklene må du gå inn på nettadressen ovenfor: velg meny punkt **Samfunnsmedisin og folkehelse** i venstre kolonne. I det nye bildet som du nå får opp, finner du i den midtre kolonnen i omvendt kronologisk rekkefølge alle de artiklene vi har lagt ut siden forrige oversikt (d.v.s. de nyeste kommer øverst). Du finner den samme oversikten også ved å klikke på meny punktet **Nyhetsarkiv** i venstre kolonne på samme side.

- 19.12.2012 Nyttige ressurser om sosiale forhold og rus
- 17.12.2012 Ny europeisk arbeidsmiljøundersøkelse
- 17.12.2012 Stillesitting og uhelse
- 17.12.2012 Er det skadelig å utsette mensene med p-piller?
- 17.12.2012 Vil holde igjen antibiotikabruk
- 17.12.2012 Hva skal vi gjøre med storbylufta?

Oppdatert 10. desember 2012:

Utbrudd av denguefeber på Madeira – norsk turist smittet

(Red.: se også 'Helserådet' nr. 20/12, side 42-43)
 Publisert 10.12.2012, oppdatert: 10.12.2012, 16:03

Utbruddet av denguefeber på Madeira pågår fortsatt, og Folkehelseinstituttet har fått den første meldingen om en norsk turist smittet med sykdommen under ferie på øya. Denguefeber forårsakes av et virus som smitter via mygg.



Aedes-myggen biter også om dagen i motsetning til malariamygg.

Det er viktig at reisende til Madeira beskytter seg mot myggstikk ved bruk av myggmidler og ved å dekke kroppen med klær. Det er fortsatt ikke grunnlag for å fraråde reise til Madeira.

Den norske smittede hadde forholdsvis milde symptomer og er nå frisk igjen. Helsemyndighetene i Portugal rapporterer at i underkant av 2000 personer har fått konstatert denguefeber siden utbruddet startet i oktober. Rundt 50 av disse er europeiske turister. Ingen dødsfall er rapportert.

Denguefeber gir typisk influensaliknende symptomer med høy feber, hodepine, lysskyhet, utslett og muskel- og leddsmarter. Små barn får vanligvis kun moderat feber og utslett. Sykdommen kan en sjelden gang utvikle seg til alvorlig sykdom med blødninger.

Viruset overføres ved bitt av myggen *Aedes aegypti* og smitter ikke fra person til person. Det finnes ingen vaksine. Man beskytter seg mot denguefeber ved å bruke myggmidler og dekke til kroppen med klær. *Aedes*-myggen biter også om dagen, i motsetning til malariamygg, og reisende bør derfor beskytte seg mot mygg også på dagtid. Man bør sove under myggnett.

- Det er ikke grunnlag for å fraråde reise til Madeira, men turister bør være oppmerksomme på smitterisikoen slik som ved reise til mange andre subtropiske og tropiske land. Hjemvendte turister bør søke lege ved symptomer på sykdommen inntil 21 dager etter hjemreise fra Madeira, sier lege Tone Bruun ved avdeling for infeksjonsovervåking ved Folkehelseinstituttet.

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=100465>

Relaterte sider (se: www.fhi.no)

- Smittevernbooka - Denguefeber
- Oppdatert 26. oktober 2012 - Utbrudd av denguefeber på Madeira

Relaterte lenker (se: www.fhi.no)

- Nettsak hos portugisiske helsemyndigheter

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2013 – 1

Stikkord: Denguefeber.

Turistdiaré»bakterie årsak til sykdomsutbrudd på hotell i Hønefoss

Publisert 21.12.2012, oppdatert: 21.12.2012, 15:25
 Stikkord: Utbrudd, *E. coli*

Det er påvist Enterotoksigen *Escherichia coli* (ETEC) hos flere pasienter som ble syke etter et opphold på et hotell i Hønefoss 4. – 9. desember. Den siste tiden er det ikke meldt om nye syke relatert til utbruddet.

I prøver fra mat og drikkevann er det foreløpig ikke gjort funn av sykdomsfremkallende bakterier, og det er ikke kjent hvilken matvare som forårsaket utbruddet. Foreløpige resultater av spørreundersøkelser som er gjort blant gjester på hotellet i den aktuelle perioden, kan tyde på at smitekilden er kald mat fra koldtbordet. Mattilsynet arbeider videre med kartlegging og analyser av disse matvarene.

I lys av informasjon om ETEC fra pasientprøvene vil det nå gjøres nye undersøkelser av maten. Prøveresultatene vil ikke foreligge før på nyåret. Det er ikke sikkert man vil klare å konkludere med hvilken matvare som var forurenset med ETEC-bakterier.

Om ETEC (Enterotoksigen *E. coli*)

ETEC er en vanlig årsak til turistdiaré hos personer fra industrialiserte land som besøker utviklingsland, men er også viktig årsak til diaré hos barn i utviklingsland. Turistdiaré forårsaket av ETEC er nesten alltid overstått før hjemkomst. Det er inntil nylig ikke kjent at slike importerte stammer har vært årsak til utbrudd i Norge. Bakterien er en sjelden årsak til utbrudd også i de andre skandinaviske landene, men Danmark har rapportert om utbrudd relatert til importert mat de siste årene.

E. coli er en del av normalflora i tarm hos alle mennesker og varmblodige dyr. Noen grupper av *E. coli* (som ikke er del av normalfloraen) kan være årsak til ulike typer tarminfeksjoner hos mennesker. ETEC er en av disse variantene.

E. coli er en del av normalflora i tarm hos alle mennesker og varmblodige dyr.

Bakgrunn for sykdomsutbruddet

Det ble meldt om over 300 syke som hadde spist på hotellet. Det er ikke meldt om noen syke etter 9. desember og utbruddet er derfor over. Gjестene hadde hovedsakelig diaré og magesmerter, noen hadde også oppkast og feber.

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=100555>

Relaterte sider (se: www.fhi.no)

- Smittevernbooka - *E. coli*-enteritt (inkludert EHEC-infeksjon og HUS)

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2013 – 4

Stikkord: Utbrudd, *E. coli*.

Rabies påvist hos dyr i Hellas

Publisert 18.12.2012, oppdatert: 18.12.2012, 14:47
Stikkord: Rabies

Greske myndigheter rapporterer at det er diagnostisert rabies hos en rødrev og en hund i regionen Vest-Makedonia som ligger helt nord i Hellas grensende mot Albania og Republikken Makedonia. Reisende til den aktuelle regionen bør generelt unngå kontakt med dyr. Det er ikke grunnlag for å fraråde reiser til noen deler av Hellas.

Dersom man i den aktuelle regionen har vært utsatt for bitt, klor eller slikk på slimhinne eller skadet hud av et mistenkt smitteførende dyr må såret straks vaskes grundig med vann og såpe og helsevesenet på stedet bør kontaktes snarest.

Begge de aktuelle dyrene hadde en aggressiv atferd som kunne tyde på rabiessmitte. Dette er de første tilfellene av påvist rabies i Hellas siden 1987. I nabolandene Albania og Republikken Makedonia forekommer rabies både blant ville dyr og husdyr. Det er ikke meldt tilfeller av rabies blant mennesker i disse landene på mange år.

Om rabies

Rabies kalles også hundegalskap og er en svært alvorlig virus-sykdom som angriper nervesystemet. Rabies er først og fremst en sykdom hos varmblodige dyr, men kan også smitte til mennesker. Inkubasjonstiden (tid fra smitte til sykdom) er vanligvis 3-12 uker, sjelden lengre enn 1 år. Sykdommen debuterer med smerter og ubehag i og rundt bittstedet, samt uspesifikk sykdomsfølelse. Deretter følger uro, depresjon og angstfall.

Ved bitt, kloring eller ved slikk på slimhinne eller skadet hud av et mistenkt smitteførende dyr bør man straks vaske såret grundig med vann og såpe. Deretter bør man snarest (samme dag) kontakte helsevesenet på stedet. Så snart som mulig gis det forebyggende behandling i form av vaksine, uavhengig av om den eksponerte er vaksinert, og eventuelt humant rabiesimmunglobulin. Det er også viktig å prøve å skaffe mest mulig kjennskap til det aktuelle dyret, eventuelt om mulig isolere det.

Rabiessituasjonen i Europa

I 2011 ble det til Verdens helseorganisasjons samarbeidssenter for rabiesovervåking rapportert 17 tilfeller av humane rabiestilfeller smittet i Europa (13 i Russland, 2 i Hviterussland, 1 i Romania og 1 i Italia). I 2011 ble det rapportert 4397 tilfeller av rabies hos ville dyr (hovedsakelig rev i vestlige områder og mårhund i østlige områder) og 3835 tilfeller blant husdyr (hovedsakelig hunder, katter og storfe) i Europa. Dyrerabies i Europa rapporteres i hovedsakelig fra Russland, Ukraina, Hviterussland, Kroatia, Romania, Italia, Tyrkia, Polen, Moldova, Serbia, Bosnia-Herzegovina, Montenegro, Slovenia, Bulgaria, Litauen og Latvia. I 2011 ble det påvist rabies i flaggermus i Tyskland, Nederland, Frankrike, Spania, Ukraina og Polen.

I Folkehelseinstituttets Smittevern bok finnes oversikt over hvilke europeiske land det ikke er rapportert rabies fra de seneste årene. Betegnelsen rabiesfrie land brukes ikke lenger (se lenke nedenfor).

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=100531>

Relaterte sider (se: www.fhi.no)

- Smittevernboka - Rabies

- Vaksinasjonsboka - Rabiesvaksine (hundegalskap) og rabiesimmunglobulin

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2013 – 3

Stikkord: Rabies. Hellas.

MSIS-skjema for nominativ melding kan nå fylles ut elektronisk før det skrives ut

Publisert 19.12.2012, oppdatert: 19.12.2012, 14:16
Stikkord: MSIS

Mange leger har ønsket en teknisk løsning der man kan fylle ut og sende MSIS-skjemaet for nominativ melding elektronisk. Dette ønsker også Folkehelseinstituttet og neste år starter endelig arbeidet med å få til en slik løsning. Som en midlertidig løsning kan man nå fylle ut skjemaet elektronisk, lagre på egen datamaskin og deretter skrive det ut før det sendes i posten.

Gruppe A-sykdommer i MSIS skal meldes både fra medisinsk-mikrobiologiske laboratorier og rekvirerende leger. Vi har grunn til å tro at laboratoriene sender melding om de fleste meldingspliktige sykdommer til MSIS, men at rekvirerende lege derimot ikke alltid følger opp med å sende inn utfylt skjema "MSIS-melding - Nominativ melding om smittsom sykdom".

Melding fra lege inneholder opplysninger (som for eksempel symptomer, smitemåte og smittested) som er helt nødvendig for en god overvåking av smittsomme sykdommer. I følge MSIS- og Tuberkuloseregisterforskriften skal laboratoriene sende meldings-skjemaet for nominative meldinger (gruppe A) til rekvirerende lege sammen med prøvesvaret slik at rekvirerende lege enkelt kan fylle ut skjemaet og sende det til MSIS.

De siste årene har mange laboratorier sluttet å sende dette skjemaet til rekvirerende lege og setter i stedet inn en lenke i det tilsendte prøvesvaret. Dette er nok delvis en følge av at mange prøvesvar kun sendes elektronisk. Vi har fått enkelte tilbakemeldinger fra leger om at de savner papirskjemaet og at en slik «håndfast» påminnelse er helt nødvendig for at de skal huske å sende MSIS-melding. Andre mener at lenke er det beste, da papirskjemaet har lett for å forsvinne. Dessverre er lenken sjelden klikkbar og må skrives manuelt inn i nettleseren. Det største problemet i det siste har imidlertid vært at mange laboratorier sender ut en lenkeadresse som ikke virker.

Innhenting av skjema

MSIS-skjema kan innhentes på Folkehelseinstituttets nettsider www.fhi.no. Klikk på «Publikasjoner» i venstre menyvalg og deretter «Skjemaer». Der ligger nå det redigerte skjemaet som kan fylles ut elektronisk, lagres på egen datamaskin og så skrives ut før det sendes i posten. Vi vet at enkelte elektroniske pasientjournalssystemer har laget en slik løsning selv, men de fleste leger fyller fremdeles ut MSIS-skjemaet for hånd. Vi håper denne lille forbedringen kan gjøre at enda flere leger oppfyller meldingsplikten.

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=100538>

Relaterte sider (se: www.fhi.no)

- Smittevernbooka - 04. Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) og Tuberkuloseregisteret

Relaterte publikasjoner (se: www.fhi.no)

- MSIS-melding. Nominativ melding om smittsom sykdom

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2013 – 2

Stikkord: MSIS

Forebygging av legionella-smitte – en veiledning (Vannrapport 118) er revidert

Publisert 18.12.2012, oppdatert: 18.12.2012, 13:32

Stikkord: Legionellose/legionella

Tredje utgave av Veiledning om forebygging av legionellasmitte er nå lagt ut og erstatter 2. utgave fra september 2010. Veiledningen gir råd om hvordan man skal hindre spredning av legionella via aerosol og boblebad. Forrige utgave er oppdatert med ny kunnskap blant annet om bruk av analyser i risikovurderinger. Veiledningen foreligger bare i elektronisk versjon.



- 2012: Vannrapport 118 Forebygging av legionellasmitte - en veiledning

I tillegg til en del redigeringsmessige endringer for å bedre lesbarheten og enkelte presiseringer for å hindre misforståelser, er de viktigste endringene som følger:

Kapittel 1. Historikk, og kapittel 2. Generelt om legionellabakterier og legionellose

Statistikk over antall smittede med legionærsykdom og dødelighet er oppdatert på grunnlag av data fra European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Det er også påpekt at plantejord kan ha vært en smittekilde her i landet.

Kapittel 3. Regelverk

Ny folkehelselov som trådte i kraft 01.01.12, og som erstatter kommunehelsetjenesteloven, er omtalt. Likeledes er ny plan- og bygningslov som trådte i kraft 01.07.10, med tilhørende bygnings- teknisk forskrift (TEK 10), omtalt. Bassengbadforskriften er referert med flere paragrafer som er relevant for boblebad.

Kapittel 4. Grunnlag for kartlegging av risiko og for gjennomføring av forebyggende tiltak

Bruk av analyser er tatt ut og omtales i et nytt kapittel 5. Tidligere anbefaling om at alle anlegg minimum må rengjøres og desinfiseres hver 6. måned er tatt bort som en generell regel.

Kapittel 5. Mikrobiologiske analyser

Kapitlet er nytt og beskriver bruk av mikrobiologiske analyser som grunnlag for planlegging av tiltak, og for verifisering av effekt av gjennomførte tiltak. Tidligere anbefalinger om bruk av kimtall som grunnlag i risikoanalyser, er tonet ned til fordel for bruk av legionellaanalyser. Erfaringer har vist at kimtall i mange tilfeller ikke er egnet som indikatorparameter for mulig forekomst av legionellabakterier. Prøvene bør i stedet analyseres for *Legionella* spp. I tillegg kan det være fornuftig å analysere for *Legionella pneumophila* serogruppe 1, fordi funn av denne tilsier at det er mer presserende å gjennomføre tiltak. Det er også presisert at mikrobiologiske analyser er et supplement til kunnskap om tekniske og prosessmessige forhold, de vil aldri kunne stå alene som vurderingsgrunnlag.

Kapittel 6. Behandlingsmetoder

Nyere erfaring med sentral ultrafiltrering indikerer at metoden har begrenset effekt mht. å forebygge legionellavekst i ledningsnett. Ny biocidforskrift kan få konsekvenser for bruk av kobber-/sølvionisering. Nødvendige doseringsnivåer ved bruk av klor-dioksid er redusert vesentlig i forhold til anbefalingene i 2. utgave av veiledningen. Det er indikasjoner på at bruk av klor-dioksid kan redusere levetiden på plastrør.

Kapittel 7. Interne vannfordelingsnett som forsyner dusjer og andre aerosoldannende tappepunkter

Den viktigste endringen omfatter bruk av analyser, som er omtalt i et eget underkapittel. Som nevnt under ovenstående omtale av kapittel 5, anbefales legionellaanalyser.

Valg av prøvepunkter, prøvetakingsfrekvens og vurdering av analyseresultater er også omtalt. I vurderingen av analyseresultater fra en prøveserie fremheves frekvensen av antall positive legionellaprøver som en viktig parameter.

Kapittel 8. Boblebad

Nytt kapittel som erstatter tidligere underkapittel under «Andre innretninger». Det nye kapitlet omfatter utforming, vannbehandling samt drift og vedlikehold av boblebad.

Kapittel 9. Kjøletårn

Kapitlet er supplert med et nytt underkapittel om adiabatisk kjøling.

Kapittel 10. Luftskrubbere

Det anbefales å analysere for *Legionella pneumophila* serogruppe 1 i tillegg til *Legionella* spp., jfr. ovenstående omtale av kapittel 5.

Kapittel 11. Luftbefeuktningssystemer

Det presiseres at kravet i forskrift om miljørettet helsevern kapittel 3a § 11 om minst månedlig prøvetaking, innebærer at det må legges til rette for uttak av prøver.

Kapittel 15. Andre mulige smitekilder

Kapittel 15.4: I en kartleggingsundersøkelse av legionellabakterier i luftede biologiske avløpsrensingsanlegg i Norge 2009-2010 ble det i tillegg til i rensingsanlegg i treforedlingsindustrien funnet legionellabakterier i luftede biologiske rensingsanlegg som behandler avløp fra petroleumsindustri. Legionellabakterier ble også påvist i lave konsentrasjoner i anlegg som behandler meieriavløp og kommunalt avløp.

Nytt kapittel 15.14: Råd om håndtering av plantejord, kompost og andre jordprodukter. Rådene har sin bakgrunn i at det er grunn

til å tro at mennesker har blitt smittet med legionellabakterier etter håndtering av plantejord her i landet.

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=100518>

Relaterte publikasjoner (se: www.fhi.no)

- 2012: Vannrapport 118 Forebygging av legionellasmitte- en veiledning

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2013 – 5

Stikkord: Legionella.

Legemiddellassistert rehabilitering (LAR):

Mangler kunnskap om effekt av legemidler brukt av gravide i LAR

Publisert 17.12.2012, oppdatert: 17.12.2012, 10:21

Mange pasienter i LAR, deriblant gravide, sliter med psykiske og fysiske problemer og får gjerne reseptbelagte legemidler i tillegg til LAR-legemidler (metadon og buprenorfin). Men effekten av LAR-legemidler på gravide og fostre er ikke sikkert fastslått, og det finnes enda mindre kunnskap om effekten av samtidig bruk av andre legemidler. Det viser resultater fra en studie Folkehelseinstituttet har deltatt i.

- Manglende kunnskap kan føre til at en del gravide i LAR ikke får legemidlene de trenger for psykiske og fysiske plager, mens andre gravide i LAR kanskje får legemidler som øker risiko for skade på fosteret, sier Marte Handal, forsker på Folkehelseinstituttet.

De fleste gravide i LAR (80 prosent) brukte også andre legemidler i løpet av svangerskapet. Resultater fra studien viser at:

- De mest vanlig brukte legemidlene var medikamenter for behandling av infeksjoner (48 prosent) og legemidler som virker på nervesystemet (45 prosent).
- Mange kvinner fikk utlevert medikamenter med misbruks-potensial i løpet av graviditeten.
- Selv om kvinner i LAR hyppig rapporterer om depressive symptomer, fikk kun fem prosent av kvinnene antidepressiva i løpet av graviditeten.
- Det var høyere forekomst av misdannelser hos barn av mødre som fikk beroligende midler (benzodiazepiner, z-hypnotika) og/eller smertestillende legemidler under graviditeten sammenlignet med mødre som ikke fikk slike legemidler.

Handal understreker at mer forskning er nødvendig for å studere effektene både av LAR-behandlingen, og ikke minst av samtidig bruk av andre legemidler.

Om studien

I denne studien har forskerne undersøkt bruk av reseptbelagte legemidler blant gravide i LAR. De har brukt data fra Reseptregisteret koblet mot Medisinsk fødselsregister i perioden 2004-2010. Studien inkluderer 138 kvinner i LAR med til sammen 159 svangerskap.

Referanse

Lund IO, Skurtveit S, Engeland A, Furu K, Handal M. Prescription drug use among pregnant women in Opioid Maintenance Treatment. *Addiction* 2012. doi: 10.1111/j.1360-0443.2012.04049.x. [Epub ahead of print]

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=100509>

Relaterte dokumenter (se: www.fhi.no)

- *Addiction* 2012: Prescription drug use among pregnant women in Opioid Maintenance Treatment

Referansekode i 'Helserådet': SEX 2013 – 1

Stikkord: Legemiddelbruk. Svangerskap. LAR.

Bedre vekst uten akrylamid

Publisert 17.12.2012, oppdatert: 17.12.2012, 10:22

Stikkord: Barns helse, Svangerskap (graviditet)

Lavt nivå av akrylamid i mors blod gir bedre vekst hos fosteret. Akrylamid får mor først og fremst i seg gjennom mat som er behandlet under høy temperatur. Men akrylamid finnes også i tobakksrøyk og i miljøet. Sammenhengen mellom fødselsvekt og akrylamid kommer fram i to nye studier fra Den norske mor og barn-undersøkelsen (MoBa).

I en studie som hadde over 50 000 deltakere bare fra MoBa, ble daglig inntak av akrylamid beregnet etter et kostholdsskjema fra midt i svangerskapet. I et lite utvalg ble stoffer som viser akrylamidmengde målt også i blodprøver, og dette stemte overens med mengden akrylamid i kostholdet.

I et annet arbeid, EU-prosjektet NewGeneris, har mengdene av akrylamid-lignende stoffer i blod blitt målt hos 1100 mødre og deres barn fra Norge, Hellas, Spania, Storbritannia og Danmark. En klar sammenheng ble funnet mellom nivået av akrylamid i mors blod og i barnets navlestrengsblod. Halvparten så høy konsentrasjon ble funnet i navlesnørprøvene sammenlignet med mors blod.

Påvirket vekst hos fosteret ble funnet i begge studiene:

- Gjennomsnittlig fødselsvekt var 132 g høyere med lavt nivå av akrylamid i EU-studien, med noe lavere forskjell i MoBa-studien.
- Hodeomkrets var høyere hos barn med lave nivåer av akrylamid.
- Sammenheng mellom akrylamid og fødselsvekt ble funnet i alle de fem landene, men nivåene av akrylamid varierte mellom ulike land.
- Forskjellen på fødselsvekt var sammenlignbar for røykere og ikke-røykere, selv om røyking bidrar mer enn kosthold hos røykere.

Lav fødselsvekt (under 2500 gram) henger sammen med økt sykkelighet som spedbarn. Mange studier har også funnet at barn med lav fødselsvekt har en økt risiko for å utvikle blant annet hjerte-karsykdommer og diabetes (sukkersyke) senere i livet.

Mer om akrylamid kan du finne her: Faktaark om akrylamid. (se: www.fhi.no)

Fra dyrestudier har man visst at akrylamid påvirker forplantnings-

evne, vekst og utvikling. Stoffet kan overføres fra mor til barn, og påvirkning av barnet i fosterlivet er derfor viktig å undersøke. Siden akrylamid hos de fleste stammer fra kostholdet, kan andre stoffer i de samme matvarene være vanskelig å skille sikkert i denne typen undersøkelser. Senere undersøkelser vil også studere om kombinasjon av ulike miljøgifter kan påvirke barnet mer enn enkeltstoffer. Om akrylamid påvirker andre forhold enn vekst hos fosteret er ennå ikke undersøkt.

Pedersen M et al. Environ Health Perspect 2012: Birth Weight, Head Circumference, and Prenatal Exposure to Acrylamide from Maternal Diet: The European Prospective Mother-Child Study (NewGeneris)

Duarte-Salles T et al: Environ Health Perspect 2012: Dietary Acrylamide Intake during Pregnancy and Fetal Growth – Results from the Norwegian Mother and Child Cohort study (MoBa)

Referansekode i 'Helserådet': SEX 2013 -2

Stikkord: Svangerskap. Akrylamid.

Statistikk for fødeinstitusjonene 2011 og 2012

Publisert 19.12.2012, oppdatert: 22.12.2012, 14:13

Medisinsk fødselsregisters statistikkbank er nå oppdatert med statistikk for landets fødeinstitusjoner for 2011 og løpende statistikk for 2012 fram til begynnelsen av september. Her finnes oversikt over bruk av keisersnitt og andre inngrep ved fødsel, samt komplikasjoner hos mor og barn. Statistikken fra Folkehelseinstituttet viser blant annet en gledelig utvikling når det gjelder andelen kvinner som får alvorlige fødselsrifter.

Melding om alle fødsler sendes til Avdeling for Medisinsk fødselsregister (MFR), Folkehelseinstituttet. Dette er en del av den løpende nasjonale helseovervåkingen. På bakgrunn av disse meldingene produserer MFR statistikk som vises i MFRs statistikkbank, og som man kan klikke seg inn på via Folkehelseinstituttets nettsider.

Årlig fødeinstitusjonsstatistikk møte

I slutten av november ble de siste tallene lagt fram på det årlige møtet for fødeinstitusjonsstatistikk. På møtet i Bergen fikk representanter for fødeinstitusjonene anledning til å gi tilbakemeldinger på feil og mangler i tallene, diskutere utviklingstrekk, nye tiltak for å redusere komplikasjoner og effekten av tiltak som allerede er satt i verk.

Tema på årets møte var blant annet:

- Variasjonen i meldepraksis mellom fødeinstitusjonene, spesielt når det gjelder opplysninger om mors kroppsmasseindeks og røykevaner.
- Variasjon i bruk av keisersnitt mellom institusjonene.
- En gledelig utvikling med en lavere andel kvinner som får alvorlige rifter i forbindelse med fødselen.
- Oppdatering av statistikkbanken og hvordan tallene bør tolkes.

Fødselsrifter

Fødselsrifter grad 3 og 4 er rifter som omfatter endetarmens

lukkemuskel og skal meldes til MFR. Disse alvorlige riftene kan behandles kirurgisk, men en del kvinner får likevel langtidsskader, blant annet med å holde på luft og avføring.

I 2011 fikk 1,5 prosent av kvinner som fødte vaginalt uten tang eller vakuum, fødselsrifer grad 3 eller 4, noe som er mindre enn halvparten av det som ble registrert i 2002; 3,3 prosent. Blant de som fødte vaginalt med tang eller vakuum, var andelen mellom 6 og 9 prosent.

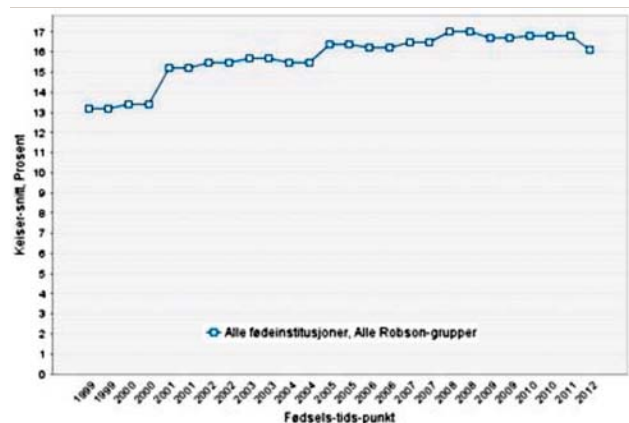
De siste årene har det pågått et arbeid for å redusere andelen kvinner som får alvorlig fødselsrifer. Andelen har derfor sunket betydelig, og dette er et stort framskritt. Norske jordmødre har i større grad tatt i bruk en teknikk fra Finland der jordmøren bremses barnets hode, samtidig som perineum (mellomkjøttet) støttes. Barnet forløses langsommere, og risikoen for fødselsrifer reduseres.



Figur 1. Diagrammet viser andelen fødsler hvor det oppstår ruptur grad 3-4, 1999-sept 2012. Andelen har falt betydelig siden rundt år 2000. Kilde: Medisinsk fødselsregisters statistikkbank.

Keisersnitt

Av rundt 59 000 fødsler i 2011 var det nær 10 000 eller snaut 17 prosent som skjedde ved hjelp av keisersnitt. Keisersnittandelen varierte mellom fødeinstitusjonene fra 9 prosent ved Stord sjukehus til 24 prosent ved Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet. Bruk av tang og vakuum varierte også mye. En viktig årsak til variasjonen, særlig for keisersnitt, antas å være sentralisering av problemfødsler.



Figur 2. Prosentandelen fødsler som skjer ved keisersnitt. 1999-september 2012. Kilde: Medisinsk fødselsregisters statistikkbank.

Stor variasjon

- MFRs statistikkbank viser stor variasjon mellom sykehusene når det gjelder bruk av keisersnitt og forekomst av komplikasjoner hos mor. Hvorfor er det så store forskjeller?

- Mye av variasjonen har åpenbare årsaker, for eksempel at problemfødsler sentraliseres til enkelte store sentralsykehus. I tillegg kan det være ulike diagnostiske kriterier, ulike journalsystemer eller rett og slett ulik meldepraksis, feil og svikt i rutiner. Til slutt kan noe skyldes ulik kvalitet i omsorgen for den fødende, sier avdelingsdirektør Marta Ebbing, Folkehelseinstituttet.

- Ebbing framholder at formålet med de årlige møtene for fødeinstitusjonene nettopp er at de skal kunne sammenlikne seg med hverandre og kunne diskutere årsaker til forskjeller. Dette kan føre til nærmere undersøkelser og analyser som så kan danne grunnlag for tiltak hvis man mener at det trengs.

Ferske tall - nyttig verktøy for sykehusenes kvalitetsikringsarbeid

Overlege Bjørn Backe ved St. Olavs sykehus i Trondheim er svært fornøyd med de årlige institusjonsstatistikkmøtene som nå har vært holdt fire ganger, og som får økende oppslutning. - Tidligere hadde vi to års forsinkelse før vi fikk statistikk fra MFR. Da kom tallene så seint at de ofte ikke kunne brukes til kvalitetssikring og planlegging. Med den nye praksisen og et årlig møte hvor dagsaktuelle tall legges fram, kan vi bruke statistikkbanken som et verktøy, sier Backe.

Han legger til at St. Olavs sykehus hele tiden følger med på sin egen statistikk, for eksempel når det gjelder keisersnitt og fødselsrifter. Fersk statistikk fra MFR gjør det i tillegg mulig å sammenlikne seg med andre fødeavdelinger.

- Målet må være å ikke ligge for langt unna landsgjennomsnittet. Samtidig må vi se på tallene med en viss sindighet, å beregne et gjennomsnitt innebærer som regel at noen vil være lavere og noen høyere enn gjennomsnittet, sier han.

- Men er gjennomsnittet det samme som et ideelt mål? Man kan jo tenke seg at alle «marsjerer i takt» og har en praksis som bør justeres?

- Keisersnitt er et inngrep som i betydelig grad er basert på skjønn. Bare en liten andel av keisersnittene er helt nødvendige. Behandlingskultur og befolkningens forventninger påvirker praksis. For meg er keisersnitt et spørsmål om å unngå unødvendige inngrep. Derfor er det interessant å diskutere den lave andelen ved for eksempel Stord og Haugesund sykehus. Selv om problemfødsler sendes til større sykehus og bare de antatt problemfrie fødslene planlegges ved sykehuset på Stord, kan det være trekk ved behandlingsskulturen som kan være verd å studere. Kanskje har vi noe å lære, sier Backe.

Røyking og overvekt

Siden 1999 har MFR innhentet opplysninger om mors røykevaner ved begynnelsen og slutten av svangerskapet. I de siste versjonene av elektronisk melding til MFR er det også egne felt for opplysninger om mors høyde, samt vekt før og ved slutten av svangerskapet.

- Informasjon om kroppsmasseindeks og røykevaner er nødvendig for å konstruere en «lavrisiko» fødepopulasjon som kan brukes som en standardpopulasjon til å sammenlikne intervensjoner, komplikasjoner og utfall av fødsler ved forskjellige institusjoner, sier overlege Kari Klungsøyr ved Avdeling for medisinsk fødselsregister, Folkehelseinstituttet.

Det er et problem at disse opplysningene ofte mangler, og behov for bedre rapportering ble derfor tatt opp på institusjonsstatistikkmøtet.

Noe av variasjonen i rapportering av kroppsmasseindeks kan skyldes tekniske mangler i fødejournalssystemene.

- Overvekt, særlig kraftig overvekt, øker risikoen for svangerskaps- og fødselskomplikasjoner, og for at vi gjennom MFR skal kunne overvåke endringer i andelen gravide som er overvektige, er det viktig med god rapportering, sier Klungsøyr.

Når det gjelder informasjon om røykevaner i svangerskapet, er det også varierende rapporteringsgrad. Klungsøyr legger til at dette kan ha sammenheng med praktisering av MFR-forskriften, hvor det går fram at kvinner kan motsette seg at disse opplysningene registreres.

- Imidlertid er røykeopplysninger også viktig informasjon, og det er et ønske at man legger til rette for at disse opplysningene registreres så godt som mulig. Inntil rapporteringen er bedre, vil man i noen områder ikke kunne overvåke utviklingen og effekten av eventuelle tiltak, sier hun.

- MFRs statistikkbank - velg Institusjonsstatistikk i venstre meny for å få opp statistikken for fødeinstitusjoner. Tall for 2012 gjelder løpende meldinger fram til begynnelsen av september. En ny oppdatering er planlagt innen årets utgang.

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2013 – 1

Stikkord: Fødeinstitusjoner. Fødselsstatistikk. Medisinsk fødselsregister.

320 000 blir undersøkte eller behandla for hjerte- og karsjukdom i år

Publisert 11.12.2012, oppdatert: 13.12.2012, 14:14

I år vil om lag 320 000 personar bli undersøkte eller behandla for ein hjerte- og karsjukdom i spesialisthelsetenesta. Det viser dei første tala frå Hjerte- og karregisteret.

Det landsomfattande registeret over hjerte- og karsjukdomar har vore i drift sidan 1. januar i år. I går vart registeret offisielt opna under eit arrangement ved Folkehelseinstituttet si avdeling i Bergen. Samtidig vart tala frå dei første åtte månadene lagt fram. 252 000 fekk helsehjelp første åtte månader

Statistikken viser at frå januar og fram til 1. september vart 252 000 personar undersøkte på poliklinikk eller innlagde for hjerte- og karsjukdom på sjukehus. Ut frå dette talet kan ein forvente at 320 000 personar vil ha fått helsehjelp frå spesialisthelsetenesta innan utgangen av året.

To av tre har ein hjerte- og karsjukdom som hovuddiagnose, og ein av tre har slik sjukdom som tilleggsdiagnose.

30 000 vil få behandling for akutt hjerteinfarkt eller hjerneslag i år

Gjennom registeret har vi no også tal for kor mange som får eit akutt hjerteinfarkt og/eller akutt hjerneslag. Dei første åtte månadene i år gjaldt dette 10 500 og 9000 personar respektivt, til saman 20 000 personar. Vi kan anslå at totalt for året vil dette gjelde nærare 30 000 personar.

Statistikken viser vidare at:

- menn er 7-10 år yngre enn kvinnene når dei blir ramma av infarkt eller slag

- halvparten av hjerteinfarktpasientane er under 74 år
- halvparten av hjerneslagpasientane er under 76 år
- nærare ni av ti (87 prosent) er i live ein måned etter hjerteinfarkt eller hjerneslag

Gir systematisk kunnskap

I år er første året vi får slike tal frå norsk helseteneste. I tillegg kan vi no ved hjelp av Hjerte- og karregisteret følgje pasientane gjennom den vidare behandlinga på sjukehus.

– Gjennom analyse av data i registeret kan vi få meir systematisk kunnskap om korleis sjukdomen artar seg, korleis dei ulike behandlingmetodane verkar, og om pasientane får helsehjelp etter gjeldande faglege retningslinjer, seier Marta Ebbing, som er prosjektleder for registeret og avdelingsdirektør ved Folkehelseinstituttet.

Opplysningar i Hjerte- og karregisteret kan også koblast med opplysningar i andre registre. For eksempel vil kobling mot Reseptregisteret gi oss tal på kor stor del av hjerte- og karpasientane som brukar legemiddel for sjukdomen, slik som kolesterolsenkande, blodfortynnande og blodtrykkssenkande legemiddel.

Hittil har vi ikkje hatt direkte overvaking av hjerte- og karsjukdommar i Norge, og vi har ikkje hatt statistikk for talet på nye tilfelle og kva resultat behandlinga gir. Vi har måtta følgje utviklinga av desse sjukdommane indirekte; enten gjennom Reseptregisteret, Dødsårsaksregisteret eller gjennom talet på sjukehusinnleggelsar.

Ebbing håpar å få til eit godt samarbeid mellom registeret, kliniske fagmiljø og forskingsinstitusjonar, og at data blir tatt i bruk til statistikk, kvalitetsforbetring og forskning.

- Nøkkelen til suksess for registeret er godt samarbeid, seier ho.

I åra framover vil registeret publisere statistikk tre gonger i året. Data frå dei første to første firemånersperiodane er allereie lagt inn i statistikkbanken.

- Hjerte- og karregisteret statistikkbank - klikk på HKR i venstre meny for å kome til Hjerte- og karregisteret (se: www.fhi.no)

I tillegg til dei som får helsehjelp på sjukehus, er det mange som får behandling for hjerte- og karsjukdom hos fastlege og i kommunale legevaktstener. Foreløpig finn vi ikkje data om desse legekonsultasjonane i Hjerte- og karregisteret, men det er planar om å inkludere også slike opplysningar.

Nasjonalt folkehelseinstitutt har ansvar for databehandlinga ved registeret og skal blant anna passe på at krav til personvern og informasjonstryggleik blir følgde opp.

- Hjerte- og karregisteret
- Fakta om hjerte- og karsjukdommar - faktaark med diagram for dødelegheit over tid og regionale forskjellar

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2013 – 2

Stikkord: Hjerte- kar sykdommer

Livsstil kan påvirke risiko for å dø av eller med demens

Publisert 11.12.2012, oppdatert: 11.12.2012, 13:17
Stikkord: Eldres helse

Helserådet Nr. 1/13. 11. januar 2013. 21. årgang

Å dø av eller med demens har sammenheng med livsstilsfaktorer som høyt kolesterol, diabetes og lav vekt midtveis i livet, viser resultater i en studie fra Folkehelseinstituttet. - Studien underbygger tidligere forskning som tyder på at en sunn livsstil kan bidra til å forebygge demens, sier Bjørn Heine Strand, seniorforsker på Folkehelseinstituttet.

Forskerne fant ingen sammenheng mellom blodtryksverdier eller røyking ved 35-50 årsalder og det å dø av eller med demens, men resultatene tyder på en mulig økt demensrisiko for storryktere. Resultatene i studien forble de samme når det ble kontrollert for utdanningsnivå og andre forhold som har med hjerte-karsystemet å gjøre, som for eksempel tidligere hjertesykdom eller forhøyet blodtrykk.

En svakhet ved studien er at mange personer med demens som dør, ikke får demens notert på dødsmeldingen, noe som gjør det vanskeligere å avdekke mulige, svake sammenhenger. I tillegg er det slik at sammenhengene som er funnet i realiteten kan være sterkere enn hva som kommer fram i denne undersøkelsen. Dette kan for eksempel gjelde for det svake funnet vedrørende røyking.

Trenger mer kunnskap

Tidligere forskning har vist at også andre livsstilsfaktorer som høyt blodtrykk, overvekt og fysisk inaktivitet midtveis i livet kan påvirke risikoen for demens i alderdommen.

Rundt 70 000 personer lever med demens i Norge i dag. Dette antallet vil stige mye i årene som kommer fordi vi blir flere eldre.

- Det er viktig å finne ut mer om årsakene til demens for deretter å kunne finne en effektiv måte å forebygge sykdommen på. For å lære mer om mulige sammenhenger mellom livsstil og demens, er det behov for flere befolkningsstudier som kan studere sykdomsutvikling i et livsløpsperspektiv, sier Bjørn Heine Strand.

- Fakta om demens (se: www.fhi.no)

Om studien

Forskere har undersøkt sammenhengen mellom klassiske risikofaktorer for hjerte-karlidelser blant 48 793 personer i alderen 35-50 år i Norge på 1970-tallet, og risikoen for å dø med eller av demens opp til 35 år senere.

Studien er basert på data fra Den norske fylkesundersøkelsen i Oppland, Sogn og Fjordane og Finnmark, som ble gjennomført på 1970-tallet, samt data fra Dødsårsaksregisteret ut år 2009.

Dette er den første artikkelen fra samarbeidsprosjektet GENIDEM, hvor forskere fra en rekke institusjoner, både norske og utenlandske, deltar.

- Om GENIDEM på nettsidene til Universitetet i Oslo
- Prosjektet er støttet av Forskningsrådet

Studien er vedlagt nedenfor (se: www.fhi.no)

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=100476>

Relaterte dokumenter (se: www.fhi.no)

- Journal of the Neurological Sciences: Midlife vascular risk factors and their association with dementia deaths

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2013 - 3

Stikkord: Demens. Eldre.

Influensasituasjonen i Norge julen 2012

Publisert 29.12.2012, oppdatert: 01.01.2013, 14:44

Influensaaktiviteten i Norge økte over hele landet før jul, og vi antar at økningen vil fortsette etter nyttår. Det er ikke for sent å vaksinere seg, og vi anbefaler alle i risikogrupperne å ta sesonginfluensasvaksinen.

Overvåkingen

Folkehelseinstituttet overvåker hver vinter influensasituasjonen ved at 201 legekantor spredt over hele landet rapporterer inn hvor stor andel av pasientene som har fått diagnosen influensalignende sykdom. Som en del av overvåkingen sender også legekantor inn virusprøver til Folkehelseinstituttet for testing. Sykehuslaboratoriene rapporterer i tillegg ukentlige hvilke influensavirus de har påvist.

De ulike influensavirusene har vært påvist jevnlig i landet siden oktober, men sykdomsforekomsten holdt seg meget lav inntil midten av desember. I uke 50 viste influensaovervåkingen at forekomsten av influensalignende sykdom fortsatt var under utbruddsgrensen, men at den økte markant sammenliknet med uken før. Vi regner med at det nå forekommer utbrudd med influensa enkelte steder i landet, og at et økende antall personer vil få influensa i tiden fremover. Første overvåkingsrapport etter jul vil bli publisert 3. januar.

Virusovervåking

Antallet viruspåvisninger mer enn doblet seg fra uke 49 til uke 50. Det ble påvist 114 influensavirus A og 56 influensavirus B. Det sirkulerer tre forskjellige influensavirus denne sesongen: Influenza A(H1N1) (pandemiviruset fra 2009), influensavirus A(H3N2) og influensavirus type B. Andelen av influensa A(H1N1) økte i uke 50. Dette tilsvarer funn gjort i andre europeiske land som også er på vei inn i sin årlige influensasessong, selv om influensa B foreløpig ser ut til å være mest vanlig ellers i Europa.

Influensaviruset fra pandemien er nå blitt et vanlig sesonginfluensavirus og er påvist hvert år siden pandemien, selv om vi har hatt lav forekomst i Norge etter 2009-10-sesongen. Det er for tidlig å kunne slå fast hvilket virus som blir vinterens hovedvariant.

Vaksine mot sesonginfluenza

Årets sesongvaksine gir beskyttelse mot alle de tre sirkulerende influensavirusene, og vi antar at effekten er god. Det er fortsatt ikke for sent å vaksinere seg, ettersom årets epidemi er i en tidlig fase. Det tar 1-2 uker før man oppnår god beskyttende effekt. Det ser ut til at nivået av beskyttende antistoffer hos dem som vaksinerte seg med Pandemrix i 2009, eller som var syke under pandemien, kan ha falt såpass mye at man ikke kan stole på at beskyttelsen fortsatt er tilstrekkelig.

Vi anbefaler spesielt at de som har en underliggende risikofaktor tar årets sesongvaksine. Risikogrupperne er:

- personer som er 65 år eller eldre
- beboere i omsorgsbolig og sykehjem
- gravide, særlig i 2. og 3. trimester
- voksne og barn med kroniske luftveissykdommer, spesielt personer med nedsatt lungekapasitet
- voksne og barn med kroniske hjerte/karsykdommer, spesielt personer med alvorlig hjertesvikt, lavt minuttvolum eller pulmonal hypertensjon
- voksne og barn med nedsatt forsvar mot infeksjoner

- voksne og barn med diabetes mellitus (både type 1 og type 2)
- voksne og barn med kronisk nyresvikt
- voksne og barn med kronisk leversvikt
- voksne og barn med kronisk nevrologisk sykdom eller skade
- voksne og barn med svært alvorlig fedme, dvs kroppsmasseindeks (BMI) over 40 kg/m²

I tillegg anbefales helsepersonell å vaksinere seg. De er mer utsatt for smitte fra pasienter, og risikerer også å smitte sine pasienter om de blir syke.

Alvorlig sykdom ved influensainfeksjon

Utbrudd av influensa forekommer hvert år, og smitter opptil 10-15 % av befolkningen. For de aller fleste gir infeksjonen et forbigående sykdomsbilde som går over av seg selv uten medisinsk behandling. Av og til oppstår det likevel komplikasjoner som krever sykehusinnleggelse, også på intensivavdeling. Dette er noe som sykehusene observerer hvert år.

Risikogrupperne er mest sårbare for alvorlig sykdom, og det er sjelden av friske personer får alvorlige komplikasjoner etter influensainfeksjon. Risikogrupperne kan også få en forverring av sin sykdom som følge av influensainfeksjon. Barn blir oftere syke av influensa, og A(H1N1)-viruset er relativt nytt og kan derfor oftere gi sykdom hos barn enn de andre virusstypene. Sjeldne tilfeller av livstruende sykdom kan forekomme med alle de tre sirkulerende influensavirusene, men har vært noe hyppigere hos ungdom og unge voksne med A(H1N1)-viruset.

Vi har så langt ingen indikasjon på at A(H1N1)-viruset har utviklet seg til et mer aggressivt influensavirus. Alle influensavirus kan forårsake alvorlig influensasykdom, dette er ikke begrenset til A(H1N1)-viruset. Det er foreløpig ikke indikasjoner på at årets influensasessong blir mer alvorlig enn tidligere år, men situasjonen følges nøye av Folkehelseinstituttet.

Rådene til Folkehelseinstituttet er:

- Ta influensavaksinen dersom du er i risikogrupperne
- Unngå å hoste på andre dersom du er syk
- Hvis du tilhører risikogrupperne og blir syk: ha lav terskel for å kontakte lege
- Barn får oftere influensa enn voksne. De aller fleste barn kommer seg igjennom infeksjonen uten legehjelp. Pass på at barna får nok drikke og næring; ta kontakt med lege raskt dersom barnet virker uttørrt, tungpustet, vanskelig kontaktbart eller hvis man er urolig for barnet

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=100582>

Relaterte sider (se: www.fhi.no)

- Vaksine mot sesonginfluenza - spørsmål og svar

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2013 -6

Stikkord: Influensa. Sesonginfluenza.

Stadig mer influensa

Publisert 03.01.2013, oppdatert: 03.01.2013, 16:32

Stikkord: Influensa A(H1N1) - svineinfluensa, Influensa

Influensasessongen 2012-2013 i Norge er under utvikling. Tre ulike influensavirus som alle dekkes godt av vaksinen, sirkulerer

side om side. Personer som har riskofaktorer, anbefales å ta sesonginfluenzavaksinen. Det er ingen endringer i risikogrupperne. Situasjonen overvåkes fortløpende, og anbefalingene kan endre seg hvis situasjonen tilsier dette.

Så langt i sesongen er det ikke noe influensavirus som peker seg ut til å bli et klart dominerende virus, og bildet varierer fra landsdel til landsdel. Hittil er det påvist flest A(H1N1) (svineinfluensa) og influensa B-virus, og mindre A(H3N2) (vanlig sesonginfluensa), men bildet kan endre seg i løpet av vinteren.

Vi regner med at infeksjoner forårsaket av A(H1N1)-viruset (svineinfluensa) vil kunne utgjøre større andel av vinterens epidemi enn i de to foregående vintrene, men at immuniteten i befolkningen vil sette grenser for epidemiens utbredelse. Vi har i år en vanlig sesongepidemi, ingen pandemi. En pandemi forutsetter et nytt virus som befolkningen ikke har immunitet mot, noe som ikke er tilfelle i år.

- Influenzaepidemier er grunnleggende uforutsigbare. Folkehelseinstituttet følger situasjonen nøye med de midler som er til rådighet. Hvor mange som blir syke varierer fra år til år. Størrelsen på epidemien er ikke mulig å forutsi, sier Karin Rønning, avdelingsdirektør, Avdeling for infeksjonsovervåking, Folkehelseinstituttet.

Det er forventet at det som under alle influensautbrudd, vil forekomme sykehusinnleggelse, inkludert intensivinnleggelse, og enkelte dødsfall som følge av alle de tre virusstypene som sirkulerer i denne sesongen.

Risiko for alvorlig sykdom

Influensainfeksjon er for de aller fleste en sykdom som går over av seg selv uten legehjelp.

Personer som har riskofaktorer, er mest sårbare for alvorlig sykdom, og det er sjelden at friske personer får alvorlige komplikasjoner etter influensainfeksjon. Personer med riskofaktorer kan også få en forverring av sin grunn sykdom som følge av influensainfeksjon. Risikogrupperne er de samme for alle typer influensavirus.

Livstruende sykdom kan en sjelden gang forekomme også hos friske. Dødsfall forekommer også, men da hovedsakelig blant personer som har økt risiko for alvorlig sykdom.

Vaksinering av personer som har riskofaktorer haster nå. Risikogrupperne er:

- personer som er 65 år eller eldre
- beboere i omsorgsbolig og sykehjem
- gravide, særlig i 2. og 3. trimester
- voksne og barn med kroniske luftveissykdommer, spesielt personer med nedsatt lungekapasitet
- voksne og barn med kroniske hjerte/karsykdommer, spesielt personer med alvorlig hjertesvikt, lavt minuttvolum eller pulmonal hypertensjon
- voksne og barn med nedsatt forsvar mot infeksjoner
- voksne og barn med diabetes mellitus (både type 1 og type 2)
- voksne og barn med kronisk nyresvikt
- voksne og barn med kronisk leversvikt
- voksne og barn med kronisk nevrologisk sykdom eller skade
- voksne og barn med svært alvorlig fedme, dvs kroppsmasseindeks (BMI) over 40 kg/m²

I tillegg anbefales helsepersonell å vaksinere seg. De er mer utsatt for smitte fra pasienter, og risikerer også å smitte sine pasienter om de blir syke.

- Spørsmål og svar om influensavaksinasjon (se: www.fhi.no)

Beskyttelse

Sjeldne tilfeller av livstruende sykdom kan forekomme med alle de tre sirkulerende influensavirusene, men har vært noe hyppigere hos ungdom og unge voksne med A(H1N1)-viruset (svineinfluensa).

Nordmenn har generelt god beskyttelse mot A(H1N1) etter pandemien, fordi så mange enten tok vaksinen eller var syke av influensaen. Effekten av vaksinen fra 2009 er imidlertid for mange ikke lenger tilstrekkelig til å unngå sykdom.

Sykehusinnleggelse

Influensavirus forårsaker hvert år et utbrudd av influensasykdom. I denne perioden mottar Primærhelsetjeneste og sykehus et økt antall pasienter.

Folkehelseinstituttet har pr i dag ikke oversikt over influensarelaterte innleggelse i sykehus. Dette er noe vi ønsker å gjøre noe med fordi det gir bedre overblikk over alvorlig influensasykdom.

Samtidig med influensaen forekommer det en del andre luftveivirus (eks RS-virus) som gir et lignende sykdomsbilde som influensavirus, og som er årsak til en god del av sykehusinnleggelsene. Mange pasienter med dårlig lungefunksjon (kols og astma) er også innlagt på sykehusene, noen på grunn av influensavirus og mange med de andre luftveivirusene som går nå.

Behandling

Bruk av antivirale medisiner kan vurderes, særlig hos risikogrupperne eller ved tegn på alvorlig sykdomsforløp. Behandling bør startes innen 48 timer etter symptomdebut.

Vaksinasjon høsten 2012

Vaksinasjonsdekningen av risikogrupperne i Norge er lavere enn i mange andre europeiske land, og betydelig lavere enn målet Verdens Helseorganisasjon har satt på 75 %.

For sesongen 2012-2013 har Folkehelseinstituttet sendt ut knapt 412 000 doser sesonginfluenzavaksine til kommunene for bruk til risikogrupperne. I tillegg er det sendt ut rundt 20 000 vaksinedoser for bruk til ikke-risikogrupper. Pr 30. november 2012 hadde andre grossister i tillegg solgt ca 34 000 doser.

Det er usikkert hvor mange av de utsendte dosene som er gitt. Per 30.12.12 var det i SYSVAK registrert 62 892 personer vaksinert med influensavaksine.

Muntlig informasjon fra kommunehelsetjenesten tyder på at interessen for influensavaksine har vært lav høsten 2012. Det er derfor grunn til å tro at mange kommuner fortsatt har tilgjengelig vaksinedoser beregnet på risikogrupperne.

Det er knapphet på tilgjengelig influensavaksine i Europa. Folkehelseinstituttet undersøker mulighetene for å kunne få levert mer vaksine til Norge for 2012-2013 sesongen.

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=100639>

Relaterte sider (se: www.fhi.no)

- Influensovervåking 2012-13, uke 51 og 52
- Influenza on the increase

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2013 - 7

Stikkord: Influensa. Svineinfluensa.