

## Internbleking ikke kosmetikk

Maksimalgrensen på 6 % hydrogenperoksid i tannblekeprodukter gjelder ikke for produkter til internbleking. Mattilsynet publiserte 5. november 2018 en faktaartikkel om tannblekeprodukter, hvor det skiller mellom eksternebleking og internbleking. Mattilsynet skriver at kun tannblekemidler som brukes på tennenes overflater er regulert av kosmetikkregelverket. Tannblekemidler til intern bleking i tannen, for eksempel utført av tannlege etter rotfylling, vil derfor ikke falle inn under definisjonen av kosmetikk. Dette er en presisering av kosmetikkregelverket som har vært etterspurt, og innebærer at tannleger igjen kan få tilgang til blekemidler med høyere konsentrasjon av hydrogenperoksid eller karbamidperoksid til internbleking av tenner.

Mattilsynet har unngått å ta stilling til hvordan midler til intern bleking skal klassifiseres. Det er nærliggende å tro at de nå igjen blir medisinsk utstyr, og faller inn under regelverket for medisinsk utstyr. Det betyr at slike produkter må CE-merkes før de kan tillates solgt. Det er Legemiddelverket som håndhever dette regelverket.

## Gradert sykmelding

Bruk av gradert sykmelding kan bidra til positive resultater på sykefravær og arbeidsdeltakelse, viser en ny rapport fra Folkehelseinstituttet.

Gradert sykmelding er en kombinasjon av arbeid og sykepenge, som benyttes når arbeidstakeren er delvis arbeidsufør, slik at den ansatte kan være fraværende fra jobben del av tiden, og jobbe en del av tiden. Tiltaket er vanlig i Norge og andre høyinntektsland, særlig i de nordiske landene. Folkehelseinstituttet har på oppdrag fra NAV kartlagt forskning om effekten av gradert sykmelding versus full sykmelding.

– Funnene tyder på at gradert sykmelding kan gi positive resultater, slik som høyere arbeidsdeltakelse og kortere sykefravær, sier prosjektleder og forsker ved Folkehelseinstituttet Jose Meneses.

Forskerne ved Folkehelseinstituttet fant én randomisert kontrollert studie og tolv registerbaserte studier, som tok for seg

effekten av gradert sykemelding versus full sykemelding. Disse tretten studiene inkluderte til sammen mer enn to millioner arbeidstakere som var sykmeldte, hovedsakelig på grunn av muskel- og skjelettsykdommer eller mentale lidelser.

– En styrke med disse tretten studiene er at alle var utført i nordiske land, bortsett fra to tyske studier. Det gjør at vi kan anta at de godt gjenspeiler norske forhold. I tillegg viste studiene enten moderat eller høy metodisk kvalitet, forklarer Meneses.

– Én av svakhetene ved slike studier er at studiedeltakerne kan være forskjellige fra start av, slik at det er vanskelig å gi sikre svar på spørsmål om årsak og virkning, altså om det er gradert sykmelding som er grunnen til lavere sykefravær og høyere arbeidsdeltakelse, eller om det er andre forhold vi ikke kjenner til, sier Jose Meneses.

Gitt det høye sykefravær blant arbeidstakere er det i mange land en prioritet å øke arbeidsdeltakelsen blant personer i arbeidsfør alder. Gradert sykmelding kan forstås som et gradert sykefravær som gjør at folk med redusert arbeidskraft kan jobbe deltid og fortsatt beholde tilknytningen til arbeidsmarkedet. Gradert sykmelding varierer mellom 20 og 99 prosent, og kan muliggjøre raskere retur til arbeid. Spesielt i de nordiske landene er gradert sykmelding gjerne det første tiltaket for å takle økende sykefravær og forhindre ekskludering fra arbeidsmarkedet.



Forskning på gradert sykmelding har hovedsakelig vist lovende resultater, spesielt i de nordiske landene. En nylig utført evaluering av ordningen med gradert sykmelding i Norge identifiserte imidlertid barrierer når det gjelder bruken av ordningen, slik som omfattende byråkrati, og utilgjengelig informasjon som i tillegg

kan være vanskelig å forstå. Inntil nå har det ikke vært utført noen systematiske analyser av kunnskapsgrunnlaget for effektene av gradert sykmelding.

Les rapporten her: <https://www.fhi.no/publ/2018/effekt-av-gradert-sykmelding-vs.-full-sykmelding-pa-sykefravar-og-arbeidsti/>

## Færrest røykere

Norge har sammen med Island, Sverige og Finland laveste andel røykere i Europa: I 2016 var 11 prosent av den voksne befolkningen i Norge dagligrøykere. Snittet for EU-landene er 20 prosent og har det siste tiåret gått ned fra 24 prosent.

De nordiske landene har redusert andelen dagligrøykere vesentlig i perioden og har sammen med Nederland, Latvia og Hellas den største reduksjonen. De nordiske landene markerer seg i statistikken ved å ha små kjønnsforskjeller i andelen dagligrøykere.

OECD gir ikke tall for bruk av snus, men SSBs statistikk viser at det var flere snusere enn røykere i 2017: 12 prosent brukte snus daglig, mot 11 prosent dagligrøykere.

## Forventet levealder øker mindre

De siste to tiårene har forventet levealder økt i Europa, men veksten har avtatt i mange vesteuropeiske land. Dette knyttes til forhold: Nedgangen i dødelighet av hjerte-/karsykdom, som har vært en langvarig trend, har nå flatet ut, samtidig som kraftige influensaepidemier de siste vintrene har gitt høye dødstall for eldre.

Den høyeste gjennomsnittlige forventede levealder ved fødsel finner vi i Sveits (83,7 år), Spania (83,5 år) og Italia (83,4 år). Norge har sammen med Island den høyeste forventede levealder i Norden (82,5 år). EU-gjennomsnittet var 81 år i 2016, og i to tredjedeler av EU-landene ligger forventet levealder nå på over 80 år. Imidlertid ligger en rekke land i Øst-Europa dårligere an. I Romania, Latvia og Litauen er forventet levealder stadig under 75 år.

Forventet levealder varierer etter kjønn, og kvinner lever lengst. Ser vi på alle EU-landene under ett, kan kvinner forvente å leve 5,5 år lenger enn menn. Forskjellen

mellom kjønnene varierer imidlertid mye fra land til land, og er størst i Latvia, Litauen, Romania og Bulgaria. Norge har relativt liten forskjell mellom kjønnene: Kvinner lever 3,5 år lenger enn menn.

Innenfor EU finner vi betydelige forskjeller i forventet levealder etter sosioøkonomisk status. Sosioøkonomisk status blir i HAAG 2018 knyttet til utdanningsnivå og viser at 30-årige menn i Europa med høy utdanning kan forvente å leve åtte år lenger enn menn i samme alder med lav utdanning.

Utdanning slår mer ut for menn enn for kvinner, og også her finner vi de største utslagene for land i Øst-Europa. De største sosiale forskjellene ser vi i Slovakia, Ungarn og Polen, hvor lavt utdannede menn kan forvente å leve henholdsvis 14,4, 12,6 og 12,0 år kortere enn høyt utdannede. Også for norske menn ser vi samme bildet selv om utslaget ikke er så stort. En lavt utdannet mann på 30 år kunne i 2016 forvente å leve fem år kortere enn en høyt utdannet mann på samme alder.

### God helse og store utgifter

Norske helseutgifter utgjorde 10,4 prosent av BNP i fjor, og nordmenns helsetilstand er generelt god, sammenlignet med andre land i Europa. Mange ansatte i helsetjenesten og få røykere er noen av årsakene.



Indikatorer som belyser helsetilstand, levevaner, ressursinnsats, aktiviteter og kvalitet i helsetjenestene, presenteres i

OECD-rapporten Health at a Glance: Europe 2018 – State of Health in the EU Cycle - en - OECD, publisert 22. november 2018.

I Health at a Glance Europe 2018 presenteres tall for de 28 EU-landene, fem søkerland og tre EFTA-land, inkludert Norge. Hvert andre år publiserer OECD en rapport for landene i Europa, og hvert annet år publiseres rapport for hele OECD. De fleste data som ligger til grunn for rapporten er ofisiell statistikk fra nasjonale statistikkbyråer, rapportert i et felles spørreskjema til OECD, Eurostat og WHO. I tillegg brukes internasjonale databaser og resultater fra felles europeiske surveys, som EU-SILC og EHIS.

Målet med den europeiske rapporten, er å bidra med et faktagrunnlag til nytte for politikkutforming, som igjen kan bidra til å forbedre innbyggernes helsetilstand og hvordan helsetjenestene fungerer.

Norge har de tredje høyeste utgiftene til helseformål per innbygger i Europa, bak Sveits og Luxembourg. For å kunne sammenligne land, presenteres helseutgifter i euro og justeres for pris- og lønnsnivå i det enkelte land. Med denne metoden lå Norges helseutgifter på 4 653 euro per innbygger i 2017.

Helseutgifter omfatter alle utgifter, både private og offentlige, som går til forbruk eller investeringer i helsetjenester. Utgiftene kan finansieres både av offentlige og private kilder, inklusive husholdningene. Som helseutgifter regnes eksempelvis utgifter til drift av sykehus; primærhelsetjenesten; lege-, tannlege- og fysioterapitjenester og kjøp av legemidler og medisinsk utstyr

Helseutgiftene omfatter også deler av utgiftene til pleie- og omsorgsformål. Ifølge de internasjonale retningslinjene gjelder dette den delen av pleie- og omsorgsutgiftene som kan spesifiseres som helserelaterte. Det betyr at omsorgstjenester som for eksempel praktisk bistand til eldre og funksjonshemmede ikke regnes som helseutgifter. Tilsvarende inkluderer helseutgifter knyttet til rusmiddelomsorg.

Verdiskapning målt i BNP per innbygger varierer fra land til land. Andelen som brukes på helse, varierer også.

Vi ser på landenes helseutgifter som andel av BNP. I 2017 brukte Norge 10,4 prosent av BNP på helse. Dette er litt over gjennomsnittet for EU-landene på 9,6 prosent.

Av våre nordiske naboer ligger Sverige og Danmark over EU-gjennomsnittet, med henholdsvis 10,9 og 10,2 prosent. Island og Finland ligger noe under gjennomsnittet med 9,4 og 9,2 prosent av BNP. Relativt laveste andel til helseformål har Romania (5,3 prosent), Tyrkia (5,9 prosent) og Luxembourg og Montenegro – begge med 6,1 prosent av BNP.

### Mange leger og sykepleiere



Tallene i Health at a Glance viser at Norge har mange leger og sykepleiere sett i forhold til befolkningstall – henholdsvis 4,5 og 17,5 per 1 000 innbyggere i 2016. EU-gjennomsnittet var 3,6 praktiserende leger og 8,4 sykepleiere per 1 000 innbyggere.

Norge er blant landene med høyest dekningsgrad. At Norge er et langstrakt land med spredt befolkning, gir behov for mer helsepersonell for å kunne tilby gode tjenester til alle.

I 2016 ble det utført 4,4 legekonsultasjoner per innbygger. Dette tallet inkluderer konsultasjoner av både fastleger og spesialister, og kan gjennomføres på legekontor, i poliklinikker knyttet til sykehus og inkluderer også hjemmebesøk. Norge har sammen med Danmark, Finland og Sverige forholdsvis lavt forbruk av legekonsultasjoner. Snittet i EU er 7,5 konsultasjoner per innbygger.