



HELSE RÅDET

R A P P O R T

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

15/10

Postboks 7004, St. Olavs plass
0130 Oslo

ISSN 0806 - 7457

22. oktober 2010
18. årgang

TRE VIRKEMIDLER I SAMHANDLINGSREFORMEN

Dette nummeret av 'Helserådet' er i stor grad viet viktige virkemidler i samhandlingsreformen (St. meld. nr. 47 – 2008-2009) som ble presentert av regjeringen den 18. oktober. Det var statsminister Jens Stoltenberg selv som la dokumentene frem på en pressekonferanse i Sofienbergsgateren i Oslo, ledsaget av helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen og kommunal- og regionalminister Liv Signe Navarsete. Det dreier seg om følgende:

- Forslag til ny folkehelselov
- Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
- Grunnlaget for ny nasjonal helse- og omsorgsplan

I dette nummeret har vi først og fremst konsentrert oss om den nye folkehelseloven, men omtaler også hva forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester sier om kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid og om kommunelegens rolle som medisinsk faglig rådgiver.

I neste nummer vil vi se nærmere på grunnlaget for ny nasjonal helse- og omsorgsplan samt omtale Utviklingstrekkrapporten 2010.

I dagens nummer følger også en egen artikkel som spesielt fokuserer på Miljørettet helsevern i det nye lovverket.

God lesning!

Red.

HELSE I ALT VI GJØR – FORSLAG TIL NY FOLKEHELSELOV

Arne Marius Fosse og Ragnhild Spigseth, Helse- og omsorgsdepartementet

Helse- og omsorgsdepartementet sendte 18. oktober 2010 på høring forslag til ny folkehelselov og ny kommunal helse- og omsorgslov. De to lovforslagene fremmes som en del av regjeringens oppfølging av samhandlingsreformen. Ny folkehelselov vil ha som formål å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og bidrar til å utjevne sosiale helseforskjeller. De to nye lovene vil erstatte kommunehelsestjenesteloven, sosialtjenesteloven og lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet. Kapittel 4a om miljørettet helsevern blir flyttet nærmest «på rot» over i folkehelseloven. Høringsfristen er 18. januar 2011.

Hvorfor ny folkehelselov?

Det har lenge vært arbeidet med å erstatte dagens kommunehelsestjenestelov og sosialtjenestelov med en felles lov. I 2004 kom Bernt-utvalget med sin utredning NOU 2004:18 som foreslo en ny lov om sosial- og helsetjenester i kommunene. Folkehelsearbeid/-perspektivet ble i liten grad berørt og vektlagt i utredningen.

Da regjeringen la frem St.meld. nr. 47 (2008-2009), ble det lagt vekt på behovet for økt satsing på primærhelsetjenesten og på forebygging, herunder folkehelsearbeid som skulle gjenspeiles i regelverket. Det ble besluttet å utarbeide to nye lover; en lov rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenester og en lov rettet mot det *tværsektorielle* folkehelsearbeidet.

Den nye folkehelseloven vil bli et viktig verktøy for å kunne nå samhandlingsreformens intensjon om å forebygge mer og reparere min-

dre. Stortinget vektla dette i sin behandling av samhandlingsmeldingen i Innst. 212 S (2009-2010): *"Komiteen vil peke på at kommunen gjennom lovverket må gis et tydelig ansvar som gjenspeiler folkehelseperspektivet, forebygging og tidlig intervensjon. Det blir da kommunestyrets ansvar å bygge opp et apparat både administrativt og faglig tilpasset de lokale utfordringer. I en slik plan vil alle sektorenes helseansvar bli synliggjort sammen med samarbeid og arbeidsdeling som trengs i forhold til andre kommuner, helseforetak og frivillige organisasjoner."*

Lovforslaget fra Bernt-utvalget ivaretok i liten grad folkehelseperspektivet. I følge utvalgets leder professor Jan Fridtjof Bernt hadde ikke folkehelsebestemmelsene i kommunehelsestjenesteloven noen juridisk funksjon. Bernt har kanskje delvis rett i sin analyse, men departementet vurderte at løsningen ikke var å utelate bestemmelsene, men heller utforme bestemmelser i ny lov på en måte som vil fungere bedre etter hensikten, dvs. at alle sektorer faktisk i større grad må ivareta folkehelse. Det er dette som ligger i begrepet «Health in All Policies», eller «helse i alt vi gjør» som vi har valgt å bruke på norsk. Uansett synliggjorde Bernt-utvalget noen grunnleggende utfordringer. Folkehelsearbeid har lett for å havne i skyggen av kurative helsetjenester, og det er lite effektivt at ansvaret for folkehelse ligger på helsetjenesten alene.

En stor svakhet ved kommunehelsestjenesteloven er at folkehelsearbeid er definert som ansvaret til kommunen ved sin helsetjeneste. Det betyr i praksis at folkehelse tiltak ofte blir avgrenset til de virkemidlene helsetjenesten sitter med, til tross for at tiltakene for å fremme folkehelse først og fremst hører hjemme i andre sektorer. Forholdet til andre sektorer er avgrenset til at helsetjenesten hadde ansvar for å "medvirke", mens andre sektorer har ikke noe ansvar for å la seg medvirke. Skal kommunen som helhet ivareta folkehelse, må dette arbeidet være godt forankret både politisk og administrativt og i

kommunens ordinære plan- og styringssystemer.

I tillegg til at ansvaret for folkehelse er plassert noe snevert i kommunehelsetjenesteloven, er også bestemmelsen om oversikt over helseutfordringene vagt formulert. Videre blir kommunene sittende alene med denne oppgaven, uten støtte fra for eksempel sentrale helsemyndigheter som har slik oversikt på nasjonalt nivå, for eksempel gjennom helseregistre.

Kommunehelsetjenesteloven kom i 1982 og ble utformet for å ivareta datidens helseutfordringer. I dag står vi overfor nye og endrede utfordringer knyttet til bl.a. sosiale helseforskjeller, økende livsstilsrelatert sykdomsutvikling med flere kronisk syke, endringer i befolkningssammensetning, mv. Utfordringene med sosiale helseforskjeller er for eksempel ikke berørt i kommunehelsetjenesteloven.

Forslaget til ny folkehelselov må sees i lys av disse utfordringene som nevnt over. Departementet følger også opp flere andre tiltak gjennom lovforslaget. Det gjelder svakheter ved beredskapsbestemmelsene, manglende sammenheng mellom de ulike forvaltningsnivåene, manglende forpliktelse for staten til å støtte kommunene mv. som er nærmere omtalt i høringsnotatet. Vi anbefaler også å se på Helsedirektoratet sin utviklingstrekkrapport for 2010 som omhandler folkehelse (publisert 19. oktober 2010).

Hovedinnhold i lovforslaget

Med forslaget til ny folkehelselov etableres et nytt fundament for å styrke folkehelsearbeidet i politikk- og samfunnsutvikling. Lovforslaget legger til rette for at kommunene skal jobbe mer systematisk og langsiktig med folkehelse for å kunne møte fremtidens helseutfordringer. Det legges også et grunnlag for bedre samordning mellom kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter i folkehelsearbeidet.

Lovforslaget retter seg mot kommuner og fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet. Det gis også bestemmelser om fylkesmannen, Helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstituttets understøttelse av det lokale og regionale folkehelsearbeidet. Lovens kapittel 3 om miljørettet helsevern retter seg i tillegg mot private og offentlige virksomheter og eiendommer når forhold ved disse direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen.

Kort oppsummert innebærer lovforslaget at:

- Ansvar for folkehelse legges til kommunen som sådan. I dag ligger ansvaret i kommunen ved sin helsetjeneste (med unntak av miljørettet helsevern som ligger til kommunestyret). Dette betyr at kommunen skal bruke alle sine sektorer for å fremme folkehelse, ikke bare helsesektoren.
- Kommunen skal fastsette mål og strategier for folkehelsearbeidet egnet for å møte kommunens egne helseutfordringer. Mål og strategier skal forankres i planprosessene etter plan- og bygningsloven.
- Kommunens ansvar for å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer blir konkretisert slik at de får et tydelig bilde over hva som er de lokale helseutfordringer. Oversikten skal blant annet danne grunnlag for lokal planstrategi. Tilsvarende gjelder for fylkeskommunen når det gjelder regional planstrategi.
- Statlige helsemyndigheter og fylkeskommunene skal gjøre tilgjengelig opplysninger og understøtte kommunene slik at de får gode oversikter
- Kommunene skal iverksette nødvendige tiltak for å møte lokale utfordringer

Litt enkelt sagt er loven tenkt å virke på den måten at kommunen får data om helseforhold og påvirkningsfaktorer om *sin kommune* fra Folkehelseinstituttet som kommunen må ta stilling til. Fylkeskommunene skal hjelpe kommunene til å vurdere denne informasjonen dersom det er behov for det ved analyser mv. I tillegg må kommunen bringe inn sin egen kunnskap f.eks. fra skolehelsetjenesten eller andre oversikter kommunen har eller må ha, og på bakgrunn av dette tydelig definere hva som er kommunens helseutfordringer. Kommunene skal på samme måte som i dag ha oversikt over faktorer i miljøet som kan påvirke helsen, for eksempel ha en oversikt over

kjøletårn og luftskrubbere i kommunen. En drøfting/analyse av utfordringene skal inngå i kommunens planstrategi som danner rammen for kommunens planarbeid. Det følger av plan- og bygningsloven at lokal planstrategi skal vedtas av kommunestyret innen det første året det er trådt sammen. Med bakgrunn i oversikten og planstrategien, skal kommunen fastsette en folkehelsepolitikk (mål og strategier for folkehelse) og utforme og iverksette nødvendige tiltak for å møte helseutfordringene. Folkehelsepolitikken skal forankres i kommuneplanene etter plan og bygningsloven.

Hva vil ny folkehelselov ha å si for miljørettet helsevern?

I utgangspunktet vil ny folkehelselov ikke medføre større endringer for miljørettet helsevern i snever forstand. Kapittel 4a med forskrifter blir nærmest flyttet som den er fra kommunehelsetjenesteloven til den nye folkehelselovens kapittel 3. En kartlegging som Helsedirektoratet gjorde i 2009, viste at kommunene generelt er fornøyde med virkemiddelbestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven.

Det har som kjent vært en del diskusjoner om at kommunalt tilsyn med kommunale virksomheter kan føre til "bukken og havresekk"-situasjoner, dvs. at det kan være utfordrende å være tilstrekkelig faglig uavhengig i tilsynet slik at godkjenning og tilsyn kan skje på feil grunnlag eller ikke har riktig prioritering.

I lovforslaget er det ikke foreslått å overføre ansvaret for tilsyn med kommunale virksomheter som skoler og barnehager til for eksempel fylkesmannen. Det er fortsatt aktuelt å vurdere dette i fremtiden, men nå i forbindelse med folkehelseloven er det ikke foreslått større endringer i miljørettet helsevern, heller ikke hvem som skal ha ansvar for hva. Det er en løpende vurdering om det er behov for å endre virkemidlene for å sikre at barn har et forsvarlig arbeidsmiljø. Dette har også politisk oppmerksomhet nasjonalt.

For di det er krevende for kommunene å ivareta rollen som skole- og barnehageeier og som tilsynsmyndighet samtidig, er det i ny folkehelselov foreslått et særskilt krav om at kommunene må dokumentere at de har en god styring med denne tjenesten, jf. forslag til § 31 andre ledd: "*Kommunens ansvar for å føre tilsyn med virksomheter og eiendommer i henhold til § 8 skal dokumenteres særskilt*". Hva som ligger i plikten til å dokumentere at kommunene har god styring med denne tjenesten, er nærmere omtalt i høringsnotatet kapittel 14 om miljørettet helsevern og kapittel 19 om internkontroll og tilsyn. I praksis er dette en videreføring av dagens krav til internkontroll, se IK-12/98 fra Statens helsetilsyn, men at dette nå blir tydeliggjort i loven. Fylkesmannen/Helsetilsynet kan da be om en særskilt dokumentasjon på dette.

Både forslaget til ny folkehelselov og ny kommunal helse- og omsorgslov viderefører krav til å ha kommunelege/samfunnsmedisinsk kompetanse. Innen miljørettet helsevern videreføres kommunelegens hastevedtakskompetanse. Kravet i dagens kommunehelsetjenestelov om at kommunelegens tilråding og begrunnelse alltid skal følge saken når kommunen behandler saker om miljørettet helsevern, smittsomme sykdommer og helsemessig beredskap, forslås tatt ut. Det følger av forvaltningsloven at saker skal være tilstrekkelig opplyst før vedtak fattes. Dersom helsemessige hensyn ikke er tilstrekkelig vurdert, vil dette være saksbehandlingsfeil som kan føre til ugyldige vedtak.

Departementet foreslår også at det i forskrifter om miljørettet helsevern skal kunne fastsettes bestemmelser om overtredelsesgebyr. Et ferskt eksempel på hvor det kunne ha vært hensiktsmessig med mulighet å ilegge gebyr, var da departementet sist vinter fastsatte midlertidig forskrift om tiltak for å hindre helseskader på grunn av luftforurensning i Bergen, dvs. mulighet til å innføre kjøreforbud /datokjøring. Siden forskriften var hjemlet i kommunehelsetjenesteloven, var det ikke noe effektivt sanksjonsmiddel ved brudd på kjøreforbudet, da virkemiddelet i kommunehelsetjenesteloven er rettingsvedtak til den enkelte bilist etterfulgt av eventuelt vedtak om tvangsmulkt. Vi vil vel kalle dette svært lite praktisk med mindre bergensere er usedvanlig lovlydige. I lovforslaget har vi ikke tatt høyde for det.

Når det gjelder beredskap om miljørettet helsevern, foreslås det at Folkehelseinstituttet skal få et klarere ansvar for å bistå kommuner ved miljøhendelser som har helsekonsekvenser. Dette kan dreie seg om kartlegging av årsaker, risikovurderinger, risikohåndtering mv, og er en parallell til det ansvaret Folkehelseinstituttet har innen smittevern. Videre kan det fastsettes i forskrift at kommunene får plikt til å melde fra ved bestemte hendelser av et visst omfang.

Miljørettet folkehelsearbeid

Selv om det er få endringer knyttet til kapittel om miljørettet helsevern, er lovforslaget tenkt å innebære bedre muligheter for en mer aktiv rolle for det som i dag er § 1-4 oppgaver. Miljørettet helsevern er en helt sentral del av kommunens folkehelsearbeid. Opprinnelig var folkehelsearbeid og miljørettet helsevern tilnærmet synonymt i helserådstjenesten, men tiden har nok i praksis snevret inn forståelsen av miljørettet helsevern. Delvis er det også bygget opp andre strukturer gjennom bl.a. folkehelsepartnerskapene, med andre tradisjoner og tilnærminger til folkehelsearbeidet, bl.a. med større fokus på livsstil. Økt vektlegging på livsstil innen folkehelsearbeid er viktig og nødvendig, men livsstilsperspektivet og miljøperspektivet er to helt integrerte deler av folkehelsearbeidet og det er vanskelig å sette noe klart skille, blant annet fordi livsstil også er påvirket av miljøforhold.

Miljørettet helsevern tjenesten i kommunene bruker også i dag mye tid på å uttale seg om planer og andre forslag i andre sektorer for å sikre et best mulig miljø for innbyggerne. Denne oppgaven er i dag forankret i kommunehelsetjenesteloven § 1-4 og forskrift om miljørettet helsevern § 5, og disse blir som nevnt konkretisert i kapittel 2 i forslaget til ny lov. Ved at kommunen som helhet får en klarere rolle i å ivareta helsehensyn, vil også vurderinger og innspill om miljømessige forhold av betydning for helsen bli mer etterspurt og bedre forankret i kommunens planlegging. Vi tror også det er viktig at forslag til kapittel om miljørettet helsevern blir sett på som et sentralt virkemiddel kommunen har i sitt generelle folkehelsearbeid, jf. forslag til kapittel 2. Loven må sees på som en helhet. Selv om kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a nå blir flyttet ut av en helsetjenestelov, tror vi miljørettet helsevern bestemmelsene får en bedre plassering og større relevans i ny lov om tverrsektorielt folkehelsearbeid.

Referansekode i 'Helserådet': HRE 2010 – 5

Stikkord: Folkehelselov. Miljørettet helsevern. Miljørettet folkehelsearbeid. Fosse, Arne Marius. Spigseth, Ragnhild.



HØRINGSNOTAT – FORSLAG TIL NY FOLKEHELSELOV

Høringsnotat - forslag til ny folkehelselov
Høringsbrev , 14.10.2010

Høringsfristen er 18. januar 2011.

1. Regjeringens oppfølging av samhandlingsreformen

Høringsnotatet med forslag til ny folkehelselov er en oppfølging av St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, Innst. 212 S (2009-2010) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform. I tillegg følger høringsnotatet opp blant annet innspill fra høringen av lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet og St.meld. nr. 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. Høringsforslaget følger videre opp behov for tiltak på beredskapsområdet.

Samhandlingsreformen bygger blant annet på en overordnet målsetting om å redusere sosiale helseforskjeller, og at alle skal ha et likeverdig tilbud om helse- og omsorgstjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. Når sykdom rammer, er det viktig at folk skal oppleve at de får tilbud om nødvendig behandling og omsorg med kort ventetid og med størst mulig nærhet til brukeren. Målene med samhandlingsreformen er:

- Økt livskvalitet og redusert press på helsetjenesten gjennom satsing på helsefremmede og forebyggende arbeid
- Dempet vekst i bruk av sykehustjenester ved at en større del av helsetjenestene ytes av den kommunale helse- og omsorgstjenesten – forutsatt like god eller bedre kvalitet samt kostnadseffektivitet
- Mer helhetlige og koordinerte tjenester til pasienter og brukere gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp.

Målene i reformen skal realiseres gjennom et sett av flere virkemidler. Samtidig som forslag til ny folkehelselov sendes på høring, sender vi også forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov på høring, samt en nettbasert høring om Nasjonal helse- og omsorgsplan. Den sistnevnte høringen er et ledd i departementets arbeid med planen som tas sikte på å fremmes i form av en stortingsmelding våren 2011. Det tas også sikte på at lovforslagene kan fremmes for Stortinget i form av lovproposisjoner våren 2011.

2. Hovedinnhold i høringsnotat og lovforslag

Ny folkehelselov er et viktig tiltak for å kunne nå samhandlingsreformens intensjon om å forebygge mer og bedre. Blant annet har Stortinget uttalt ved behandlingen av samhandlingsmeldingen at *"kommunene gjennom lovverket må gis et tydelig ansvar som gjenspeiler folkehelseperspektivet, forebygging og tidlig intervensjon"*.

Formålet med en ny folkehelselov er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og motvirker sosiale helseforskjeller. Loven skal tydeliggjøre ansvar og oppgaver, samt gi kommunene og fylkeskommunene et bedre verktøy i folkehelsearbeidet. Videre forpliktet staten til å understøtte kommunene og fylkeskommunene i dette arbeidet. En gevinst ved å samle bestemmelser om folkehelsearbeid på alle forvaltningsnivåer er at loven kan legge til rette for en mer samordnet innsats.

Hovedtrekk i lovforslaget er at:

- Ansvaret for folkehelsearbeid legges til kommunen som sådan. I dag ligger ansvaret i kommunen ved sin helsetjeneste. Forslaget innebærer at kommunen skal bruke alle sine sektorer for å fremme folkehelse, ikke bare helsesektoren.
- Kommunen skal fastsette mål og strategier for folkehelsearbeidet egnet for å møte kommunens egne helseutfordringer. Mål og strategier skal forankres i planprosessene etter plan- og bygningsloven
- Kommunens ansvar for å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer blir konkretisert, slik at de får et tydelig bilde av hva som er de lokale helseutfordringer i den enkelte kommune. Statlige helsemyndigheter og fylkeskommunene skal gjøre opplysninger tilgjengelig og understøtte kommunene
- En drøfting av kommunens helseutfordringer skal blant annet danne grunnlag for lokal planstrategi. På samme måte skal en drøfting av fylkets helseutfordringer inngå i regional planstrategi.
- Kommunene skal iverksette nødvendige tiltak for å møte lokale utfordringer

Lovforslaget legger i større grad enn dagens regelverk opp til langsiktig og systematisk innsats og integrering av helsehensyn inn i kommunens øvrige aktiviteter. Kommunen skal prioritere folkehelse tiltak ut fra lokale utfordringer. Dette forutsetter at kommunene og fylkeskommunene har oversikt over helseutfordringene (lovforslaget § 5). Det foreslås at statlige helsemyndigheter får i oppgave å gjøre tilgjengelig opplysninger om helsetilstand og påvirkningsfaktorer fra nasjonale kilder, for eksempel fra sentrale helseregistre (lovforslaget § 24). Dette vil gjøre det enklere for kommunene å få oversikt over de spesielle helseutfordringene som er i den enkelte kommune, og som

kommunene må forholde seg til.

For å møte kommunens helseutfordringer foreslår Helse- og omsorgsdepartementet i § 6 at kommunen fastsetter mål og strategier for folkehelsearbeidet, og at disse skal inngå i kommunens plan-system etter plan- og bygningsloven. Dette er viktige lovmessige føringer som skal sikre politisk forankring av folkehelsearbeidet, og at folkehelse skal bli bedre integrert i arbeidet med å utvikle lokalsamfunnet. Dette systematiske folkehelsearbeidet er det gjort rede for i høringsnotatet kapittel 11 til 13.

Regelverket for miljørettet helsevern i kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a videreføres i ny folkehelselov, jf. lovforslaget kapittel 3. Dette innebærer at kommunene fortsatt skal ha ansvar for å føre tilsyn med miljørettet helsevern, herunder med barnehager og skoler, men at kommunens tilsyn må dokumenteres særskilt. En evaluering foretatt av Helsedirektoratet i 2009 viser at 88 prosent av kommunene mener at regelverket er hensiktsmessig for å ivareta kommunenes ansvar for miljørettet helsevern. Departementet ønsker derfor ikke å foreta større endringer i dette regelverket nå. Det vises til høringsnotatet kapittel 14.

På beredskapsområdet foreslås en presisering av statlige helsemyndigheters rolle, spesielt når det gjelder kjemikalieberedskap. Videre foreslås en forskriftshjemmel for en melde- og varslingsplikt til helsemyndighetene i forbindelse med kjemikalie-hendelser. Forslagene er en oppfølging av foreslåtte tiltak i rapporten fra tilsynsetatene om erfaringer fra myndighetenes samlede håndtering av Vest-Tank ulykken i Gulen i 2007.

Lovforslaget inneholder også forslag til hjemmel for å kunne gjennomføre WHO's internasjonale helsereglement fullt ut i norsk rett.

3. Høringsfrist

Departementet ber om at eventuelle merknader til høringsnotatet sendes elektronisk til: postmottak@hod.dep.no innen 18. januar 2011.

Merknader kan også sendes til:
Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Høringsnotatet er lagt ut på Helse- og omsorgsdepartementets internettside på følgende adresse:
www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer.html?id=1904

Spørsmål om høringsnotat og lovforslag kan rettes til: seniorrådgiver Arne Marius Fosse på e-post: amf@hod.dep.no eller telefon: 22 24 87 60 eller seniorrådgiver Ragnhild Spigseth på e-post: rags@hod.dep.no eller telefon: 22 24 87 07.

Med vennlig hilsen

Anne-Grete Strøm-Erichsen

Kommentarer til forslaget om ny folkehelselov (Anders Smith)

Grunnprinsippene i folkehelsearbeidet:

I høringsnotatets kapittel 3 gjøres det rede for grunnprinsipper i folkehelsearbeidet:

- Utjevning (av sosial ulikhet i helse)
- Helse i alt vi gjør (Health in all policies)
- Førre-vår prinsippet
- Bærekraftig utvikling

Gjelder alle forvaltningsnivåene:

Forslaget gjelder for både kommuner og fylkeskommuner, og den vil også regulere statlige helsemyndigheters understøttelse av folkehelsearbeidet regionalt og lokalt. Erfaringer fra blant annet Vest Tank ulykken i 2007 viser at det er behov for å styrke beredskapen, spesielt ved kjemikaliehendelser innenfor rammen av miljørettet helsevern. Folkehelseinstituttet tiltenkes flere oppgaver i denne forbindelse.

Viderefører lovgrunnlag:

Forslaget viderefører lovgrunnlaget for de kommunale helse- og omsorgstjenestene og harmoniserer tjenester som i dag er regulert i to lover – sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven.

Ansvar legges til kommunen som sådan:

I dag ligger ansvaret i kommunen ved sin helsetjeneste. Det generelle perspektivet innebærer at kommunen skal bruke alle sine sektorer for å fremme folkehelse, ikke bare helsesektoren.

Miljørettet helsevern blir en selvstendig kommunal oppgave:

I tråd med ovennevnte, vil miljørettet helsevern bli å betrakte som en viktig oppgave og ressurs inn i det brede folkehelsearbeidet i kommunen.

Endret betegnelse på miljørettet helsevern?

Det er mye som tyder på at det nye navnet på denne *kommunale tjenesten* vil bli *miljørettet folkehelsearbeid*.

Bukken skal fortsatt passe havresekken:

For enkelte områder innen folkehelsearbeidet er de økonomiske insitamentene til å ivareta kommunenes lovpålagte oppgaver på kort sikt negative. Dette dreier seg om kommunenes ansvar med å godkjenne og føre tilsyn med virksomheter som kommunen selv eier eller driver slik som miljøet i barnehager og skoler. Dagens ordning fortsettes stort sett.

Statens helsetilsyn skal fortsatt føre et overordnet tilsyn med folkehelsearbeidet:

Dette selv om oppgaven ikke lenger er å anse som en helsetjeneste. Alternativet ville vært at Fylkesmannen (hjulpert av Fylkesmannens helseavdeling) stod for tilsynet.

Grensedragnings mot ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester:

Mens helse- og omsorgsloven gir bestemmelser om de forebyggende og kurative oppgavene til *helse- og omsorgstjenesten* i kommunene, retter folkehelseloven seg mot folkehelseoppgavene som *kommunen* har. Det vil som oftest være klart hvilken lov som gjelder for hva, men helsefremmende og forebyggende tiltak vil i noen tilfeller kunne være omfattet av begge lovene. Utgangspunktet er at tiltak rettet mot identifiserte risikogrupper og individer, er omfattet av helse- og omsorgsloven, mens tiltak rettet mot mer generelle grupper, er regulert av folkehelseloven. En nærmere omtale av denne grensedragningen finnes i 'Helserådet' nr. 6/10.

Om å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer:

Fylkeskommunen og sentrale helsemyndigheter skal legge til rette for at kommunene har grunnleggende oversikt over de mest sentrale påvirkningsfaktorer og helsetilstanden i befolkningen.

Kommunen skal være proaktiv:

Kommunen skal fastsette mål og tiltak i folkehelsearbeidet som skal gjelde for all kommunal virksomhet, herunder lokal samfunnsutvikling, planlegging, forvaltning og tjenesteyting. Det foreslås en *handlingsplikt* for kommunen eller krav om at kommunen skal iverksette nød-

vendige tiltak for å møte de helseutfordringer kommunen står overfor.

Helsefaglig kompetanse i folkehelsearbeidet sikres:

Kravet om kommunelege videreføres både i folkehelseloven og i helse- og omsorgsloven.

Det åpnes for flere sanksjonsmuligheter:

Under perioden med luftforurensning i Bergen i januar i år stod man uten egnede sanksjonsmuligheter hjemlet i kommunehelsetjenesteloven. Nå legges det opp til at man ta i bruk *overtredelsesgebyr*.

Utkast til lov om folkehelsearbeid

Kapittel 1 – Innledende bestemmelser

§ 1 Formål

Formålet med denne loven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og bidrar til å motvirke sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.

Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet. Loven skal legge til rette for et målrettet og systematisk folkehelsearbeid.

§ 2 Virkeområde

Loven gjelder for kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter. Det som er fastsatt for fylkeskommuner i denne loven gjelder også for Oslo kommune.

Lovens kapittel 3 gjelder også for private og offentlige virksomheter og eiendommer når forhold ved disse direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Loven gjelder for innretninger til sjøs og på kontinentalsokkelen, dersom disse ikke er særskilt regulert i annet regelverk.

Kongen kan gi forskrifter om lovens anvendelse på Svalbard og kan fastsette særlige regler av hensyn til stedlige forhold.

Departementet kan gi bestemmelser til gjennomføring av avtale med fremmed stat eller internasjonal organisasjon om forhold som omfattes av denne loven.

§ 3 Definisjoner

I loven her menes med

a. folkehelse: befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning

b. folkehelsearbeid: samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade og lidelse, og som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.

Kapittel 2 - Kommunens ansvar

§ 4 Kommunens ansvar for folkehelsearbeid

Kommunen skal fremme trivsel, psykisk og somatisk helse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen.

Kommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting.

Kommunen skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre myndigheter, frivillige organisasjoner og virksomheter. Medvirkning skal skje blant annet gjennom råd, uttalelser og samarbeid med andre sektorer, herunder planlegging.

§ 5 Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer

Kommunen skal til enhver tid ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Oversikten skal blant annet baseres på;

a. opplysninger som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelig etter §§ 21 og 24,

b. kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene jf. helse og omsorgsloven § 3-4 og

c. kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse.

Oversikten skal være skriftlig og identifisere helseutfordringene i kommunen, konsekvenser og årsaksforhold. Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer, herunder sosiale helseforskjeller.

Departementet kan gi nærmere forskrifter om krav til kommunens oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer.

§ 6 Mål og tiltak

En drøfting av kommunens helseutfordringer skal inngå i kommunens planstrategi, jf. plan- og bygningsloven § 10-1.

Kommunen skal i sitt arbeid med kommuneplaner etter plan- og bygningsloven kapittel 11 fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet for å møte de utfordringer kommunen står overfor med utgangspunkt i oversikten etter § 5.

Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens helseutfordringer, jf. § 5.

Dette kan blant annet omfatte tiltak for økt fysisk aktivitet, god ernæring, skade- og ulykkesforebygging, begrense tobakks- og alkoholbruk, samt å fremme gode fysiske og sosiale miljø- og samfunnsforhold.

Kommunen skal spre opplysning gjennom informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å forebygge sykdom og skade og fremme helse.

Kapittel 3 - Miljørettet helsevern

§ 7 Virkeområde og forskrifter

Miljørettet helsevern omfatter de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Disse omfatter blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer.

Departementet kan i samsvar med formålene etter § 1, gi forskrifter om miljørettet helsevern, herunder bestemmelser om innemiljø, luftkvalitet, vannkvalitet, støy, omgivelseshygiene, ulykker og skader m.v. Det kan også gis forskrifter om plikt til å ha internkontrollsystemer og til å føre internkontroll for å sikre at krav fastsatt i eller i medhold av dette kapittel overholdes.

§ 8 Kommunens oppgaver og delegering av myndighet

Kommunen skal føre tilsyn med de faktorer og forhold i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen, jf. § 7. Kommunen skal utøve den virksomhet og treffe de avgjørelser som det er tillagt i lov eller i medhold av lov. Kommunens arbeid med miljørettet helsevern, herunder enkeltvedtak, skal være i samsvar med lovens formål, jf. § 1.

Ansvar og oppgaver innen miljørettet helsevern som i denne lov er lagt til kommunen kan, med unntak av den myndighet som er nevnt i § 18 annet ledd, delegeres etter reglene i kommuneloven.

Kommunens myndighet eller myndighet delegert etter første ledd kan utøves av kommunelegen dersom dette på grunn av tidsnød er nødvendig for at kommunens oppgaver etter dette kapittel skal kunne utføres. Når kommunen har lagt oppgavene innen miljørettet helsevern etter denne lov til et interkommunalt organ, kan myndighet etter denne bestemmelsen utøves av en eller flere leger ansatt i dette organet.

§ 9 Beredskapsplan

Kommunen plikter å utarbeide en beredskapsplan for sine oppgaver etter dette kapittel i samsvar med lov om helsemessig og sosial beredskap. Helseberedskapsplanen skal samordnes med kommunens øvrige beredskapsplaner.

§ 10 Meldeplikt og godkjenning

Departementet kan i forskrift etter § 7 annet ledd gi nærmere bestemmelser om meldeplikt eller godkjenningsplikt til kommunen for

den som planlegger eller iverksetter virksomhet som etter sin art kan ha innvirkning på helsen, eller endring i slik virksomhet. Kommunen kan ved godkjenning sette vilkår for å ivareta hensynet til folks helse, jf. §§ 1 og 7.

For virksomheter som er underlagt melde- eller godkjenningsplikt kan det i forskrift settes krav til at en vurdering fra et akkreditert inspeksjonsorgan skal fremlegges. Slik vurdering kan kreves innhentet ved nærmere bestemte tidsintervaller. Virksomheten dekker utgiftene til vurderingen fra det akkrediterte inspeksjonsorganet.

Dersom godkjenning ikke foreligger, kan kommunen kreve virksomheten stanset. Stansing kan bare kreves dersom ulempene stansingen vil medføre står i rimelig forhold til den helsefare som unngås. Stansing kan om nødvendig gjennomføres med bistand fra politiet. I forskriftene kan bestemmes at fylkesmannen gir godkjenning dersom virksomheten berører flere kommuner. Berører virksomheten flere fylker, kan bestemmes at departementet gir godkjenning. Det kan videre gis bestemmelser om klageordning i tilfeller hvor fylkesmannen eller departementet gir godkjenning. I forskriftene kan det bestemmes at Mattilsynet gir godkjenning av drikkevann og vannforsyningsanlegg, og regler om klage på slike vedtak.

§ 11 Helsekonsekvensutredning

Kommunen kan pålegge den som planlegger eller driver virksomhet, eller den ansvarlige for forhold ved en eiendom, for egen regning å utrede mulige helsemessige konsekvenser av tiltaket eller forholdet. Slik utredning kan bare kreves dersom ulempene ved å foreta utredningen står i rimelig forhold til de helsemessige hensyn som tilsier at forholdet utredes.

Kommunens pålegg kan påklages etter reglene i § 19.

Klageinstansen har ved behandling av klagesaker tilsvarende rett til å kreve helsekonsekvensutredning.

§ 12 Opplysningsplikt

Kommunen kan pålegge den som planlegger eller driver virksomhet som etter sin art kan ha innvirkning på helsen en plikt, til uten hinder av taushetsplikt, å gi kommunen de opplysninger som er nødvendige for at den kan utføre sine gjøremål etter dette kapittel. Når særlige grunner tilsier det, kan kommunen kreve at opplysningene gis av enhver som utfører arbeid for den som har opplysningsplikt etter første punktum. Opplysninger som nevnt i første punktum kan også kreves fra andre offentlige myndigheter uten hinder av den taushetsplikt som ellers gjelder.

Den ansvarlige for eiendom eller virksomhet som nevnt i første ledd, skal av eget tiltak gi kommunen opplysninger om forhold ved eiendommen eller virksomheten som åpenbart kan ha negativ innvirkning på helsen.

Kommunen kan dessuten pålegge den ansvarlige for eiendom eller virksomhet som nevnt i første ledd, en plikt til å gi allmennheten eller kunder m.v. opplysninger om forhold ved eiendommen eller virksomheten som kan ha innvirkning på helsen.

§ 13 Gransking

Kommunen kan for å ivareta sine oppgaver etter dette kapittel beslutte at det skal foretas gransking av eiendom eller virksomhet. Granskingen kan gjennomføres av den som er delegert myndighet jf. § 8 eller av kommunelegen i hastesaker. Granskingen kan om nødvendig gjennomføres med bistand fra politiet.

De som utfører granskingen skal ha uhindret adgang til å inspisere eiendom og virksomhet og til å ta nødvendige prøver uten godtgjøring. De kan videre kreve fremlagt dokumenter og materiale samt kreve foretatt undersøkelser som kan ha betydning for kommunens gjøremål etter dette kapittel. Omkostninger forbundet med granskingen betales av den ansvarlige for eiendommen eller virksomheten.

Fylkesmannen har i klagesaker tilsvarende adgang til å beslutte og gjennomføre gransking.

Ved gransking av virksomhet eller eiendom skal de som utfører granskingen først ta kontakt med representanter for virksomhetens ledelse.

§ 14 Retting

Kommunen kan pålegge forhold ved en eiendom eller virksomhet i kommunen rettet hvis forholdet direkte eller indirekte kan ha negativ innvirkning på helsen, eller det er i strid med bestemmelser gitt i medhold av dette kapittel. Retting kan bare kreves dersom ulempene ved å foreta rettingen står i rimelig forhold til de helsemessige hensyn som tilsier at forholdet rettes.

Pålegget skal være skriftlig og inneholde en frist for når det skal være utført. Det skal rettes til den som er ansvarlig for forholdet, eller til virksomheten som sådan, herunder selskap eller annen sammenlutning, stiftelse, kommune, fylkeskommune eller annen offentlig innretning.

Kostnadene ved å gjennomføre pålegget skal dekkes av den som er ansvarlig for forholdet, eventuelt av virksomheten som sådan, jf. annet ledd.

§ 15 Tvangsmulkt

Kommunen kan ved oversittelse av frist for å oppfylle pålegg om retting av forhold etter § 14 ilegge adressaten for pålegget tvangsmulkt i form av engangsmulkt eller løpende dagmulkt.

Tvangsmulkten må enten være fastsatt samtidig med pålegget eller i forbindelse med fastsettelse av ny frist for oppfyllelse av pålegget. Tvangsmulktens størrelse fastsettes under hensyn til hvor viktig det er at pålegget blir gjennomført og hvilke kostnader det antas å medføre.

Tvangsmulkten er tvangsgrunnlag for utlegg.

Departementet kan gi nærmere bestemmelser om fastsettelse og beregning av tvangsmulkt.

§ 16 Stansing

Oppstår det forhold ved en virksomhet eller eiendom som medfører en overhengende fare for helseskade skal kommunen stanse hele eller deler av virksomheten eller aktiviteten inntil forholdene er rettet eller faren er over. Stansing kan om nødvendig gjennomføres med bistand fra politiet.

§ 17 Overtredelsesgebyr

Departementet kan i forskrift fastsette at overtredelsesgebyr kan illegges den som forsettlig eller uaktsomt overtrer bestemmelsene i dette kapittel. Det samme gjelder ved overtredelse av bestemmelser gitt i medhold av disse bestemmelsene når det i forskriften er fastsatt at overtredelse av den aktuelle bestemmelse kan medføre slik administrativ sanksjon.

I forskrift fastsatt av departementet etter første ledd, fastsetter departementet nærmere bestemmelser om hvilke overtredelser som kan illegges overtredelsesgebyr, hvem som skal ha myndighet til å ilegge overtredelsesgebyr, utmåling av overtredelsesgebyr, klage på ilagt gebyr og betaling. Det fastsettes enten kriterier for utmåling av overtredelsesgebyret og et maksimumsbeløp eller faste satser som overtredelsesgebyret utmåles etter. Forskriften kan også inneholde bestemmelser om rente og tilleggsgebyr dersom overtredelsesgebyr ikke blir betalt ved forfall.

Endelig vedtak om overtredelsesgebyr er tvangsgrunnlag for utlegg.

Foretak kan illegges overtredelsesgebyr etter bestemmelsen her når overtredelsen er begått av noen som har handlet på vegne av foretaket. Straffeloven §§ 48a og 48b gjelder tilsvarende.

§ 18 Straff

Med bøter eller fengsel inntil 3 måneder eller begge deler straffes den som forsettlig eller uaktsomt overtrer pålegg eller forskrifter gitt i medhold av dette kapittel. Medvirkning straffes på samme måte.

Har overtredelsen ikke medført helseskade eller kun ubetydelig fare for helseskade, skjer offentlig påtale kun etter begjæring fra kommunen.

§ 19 Klage

Fylkesmannen avgjør klager over vedtak truffet av kommunen eller kommunelegen etter dette kapittel.

Kap 4 - Fylkeskommunens ansvar

§ 20 Fylkeskommunens oppgaver med å fremme folkehelse

Fylkeskommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver som fylkeskommunen er tillagt.

Dette skal skje gjennom regional utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting og tiltak som kan møte regionale helseutfordringer, jf. § 21.

Fylkeskommunen skal være pådriver for, og samordne folkehelsearbeidet i fylket, blant annet gjennom alliansebygging og partnerskap og ved å understøtte kommunenes folkehelsearbeid.

To eller flere fylkeskommuner kan samarbeide om å utføre oppgaver etter loven når det er hensiktsmessig for å samordne arbeidet over fylkesgrenser.

§ 21 Oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer i fylket

Som grunnlag for folkehelsearbeidet i fylket, jf. § 20, skal fylkeskommunen ha den nødvendige oversikt over helsetilstanden i fylket og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne, herunder trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale helseforskjeller.

Oversikten skal blant annet baseres på:

a. opplysninger som statlige helsemyndigheter gjør tilgjengelig etter § 24,

b. kunnskap fra kommunene, jf. § 4 tredje ledd, tannhelsetjenesten og andre deler av fylkeskommunens virksomhet med betydning for folkehelsen

Oversikten skal være skriftlig og identifisere helseutfordringene i fylket, konsekvenser og årsaksforhold. Fylkeskommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer, herunder sosiale helseforskjeller. En drøfting av fylkets helseutfordringer skal inngå i regional planstrategi, jf. plan- og bygningsloven § 7-1.

Departementet kan gi nærmere forskrifter om krav til fylkeskommunens oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i fylket, herunder om plikt til å gjennomføre befolkningsundersøkelser, og om innholdet i og gjennomføringen av slike undersøkelser i fylket.

Kapittel 5 - Statlige helsemyndigheters ansvar

§ 22 Fylkesmannens ansvar

Fylkesmannen skal bidra til å iverksette nasjonal politikk på folkehelseområdet på lokalt og regionalt nivå, og blant annet gjennom råd og veiledning understøtte kommuner og fylkeskommuner i deres folkehelsearbeid.

§ 23 Helsedirektoratets ansvar

Helsedirektoratet skal bidra til å iverksette nasjonal politikk på folkehelseområdet og være en pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid, blant annet gjennom utvikling av nasjonale normer og standarder for godt folkehelsearbeid.

Helsedirektoratet skal understøtte kommuner, fylkeskommuner, fylkesmenn og statlige institusjoner, helsepersonell og befolkningen med informasjon, råd og veiledning om strategier og tiltak i folkehelsearbeidet. Direktoratet skal videre samarbeide med Nasjonalt folkehelseinstitutt om å gjøre tilgjengelig opplysninger om helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter § 24.

§ 24 Nasjonalt folkehelseinstituttets ansvar

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal følge med på utviklingen av folkehelsen, utarbeide oversikt over befolkningens helsetilstand og faktorer som påvirker denne, samt drive forskning på folkehelseområdet.

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal gjøre tilgjengelig opplysninger som grunnlag for kommunene og fylkeskommunenes oversikter etter §§ 5 og 21. Opplysningene skal være basert på statistikk fra sentrale helseregistre, samt annen relevant statistikk. Nasjonalt folkehelseinstitutt skal gi bistand, råd, veiledning og informasjon i den forbindelse.

Departementet kan i forskrift gi utfyllende bestemmelser hvilke opplysninger som skal gjøres tilgjengelig for kommunen og fylkeskommunen.

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal bistå kommuner, fylkesmenn og

andre statlige institusjoner, helsepersonell og befolkningen for å sikre beskyttelse av befolkningens helse i forbindelse med eksponering for helseskadelige miljøfaktorer, herunder kjemikaliehendelser.

Kapittel 6 – Samarbeid mellom kommuner, internkontroll, tilsyn m.v.

§ 27 Samarbeid mellom kommuner

Departementet kan i forskrift eller enkeltvedtak pålegge samarbeid mellom kommuner når det anses påkrevet for en forsvarlig løsning av folkehelsearbeidet i kommunene, herunder gi bestemmelser om hvilke oppgaver det skal samarbeides om og fordeling av utgifter.

Dersom forholdene tilsier det, skal kommunen yte bistand til andre kommuner ved ulykker og andre akutte situasjoner. Anmodning om bistand fremmes av den kommunen som har bistandsbehovet.

Den kommunen som mottar bistand etter annet ledd, skal yte kommunen som bidrar med hjelp, kompensasjon for utgifter som pådras, med mindre noe annet er avtalt eller er bestemt i medhold av første ledd.

§ 28 Samfunnsmedisinsk kompetanse

Kommunen skal ha nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse for å ivareta oppgaver etter loven her. Det skal ansettes en kommunalege som medisinsk-faglig rådgiver for å ivareta blant annet

– samfunnsmedisinsk rådgivning i kommunens folkehelsearbeid, jf. §§ 4 til 6, herunder epidemiologiske analyser, jf. § 5 annet ledd,

– hastekompetanse på kommunens vegne i saker innen miljørettet helsevern, smittevern og helsemessig beredskap,

– deltakelse i lokal redningsentral,

– andre oppgaver delegert fra kommunestyret.

Kommunene kan etablere samarbeid for å sikre nødvendig kompetanse til gjennomføring av oppgavene.

§ 29 Beredskap

Kommunen, fylkeskommunen, fylkesmannen, Helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt har ansvar for nødvendige beredskapsforberedelser og for tiltak i beredskapssituasjoner, jf. lov 23. juni 2000 nr 56 om helsemessig og sosial beredskap § 2-1.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om kommunens beredskap innen miljørettet helsevern, herunder meldeplikt for kommuner, helseforetak og helsepersonell til Nasjonalt folkehelseinstitutt om kjemikaliehendelser eller mistanke om utbrudd av sykdom relatert til eksponering for helseskadelige miljøfaktorer, herunder kjemikalieeksponering.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om oppgaver for og ansvarsfordeling mellom kommuner, fylkeskommuner og sentrale helsemyndigheter for å sikre beskyttelse av befolkningens helse i forbindelse med kjemikaliehendelser.

§ 30 Gjennomføring av Verdens helseorganisasjons internasjonale helsereglement

Kongen i statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser for gjennomføring av Verdens helseorganisasjons internasjonale helsereglement. Helsereglementet har som formål å forebygge, beskytte mot, kontrollere og sikre en helsemessig respons mot internasjonal spredning av sykdom på måter som står i forhold til og er begrenset til folkehelseisiklo, og som unngår unødvendig forstyrrelse av internasjonal trafikk og handel.

Forskrift etter første ledd kan gi bestemmelser om etablering av IHR-registre. IHR-registre kan inneholde helseopplysninger i identifisert eller i personidentifiserbar form uten samtykke fra de registrerte. Det kan gi bestemmelser om plikt for offentlige tjenestemenn og private til å melde/varsle helseopplysninger til IHR-registre. Behandling av opplysninger i IHR-registre skal være i tråd med bestemmelsene i lov 18. mai 2001 nr. 24 om helseregistre og behandling av helseopplysninger.

Forskriften skal angi hvor lenge opplysningene kan lagres.

Forskrift etter første ledd kan gi bestemmelser om iverksetting av midlertidige og stående tiltak fra Verdens helseorganisasjon.

§ 31 Internkontroll

Kommunen og fylkeskommunen skal føre internkontroll for å sikre

at krav fastsatt i eller i medhold av denne lov overholdes.

Kommunenes ansvar for å føre tilsyn med virksomheter og eien- dommer i henhold til § 8 skal dokumenteres særskilt.

§ 32 Statlig tilsyn med lov om folkehelsearbeid

Fylkesmannen/Helsetilsynet i fylket skal føre tilsyn med kommu- nenes og fylkeskommunenes oppfyllelse av plikter pålagt i §§ 4, 5, 6, 8, 20 og 21. Tilsynet skal ta utgangspunkt i en forsvarlighetsvurde- ring.

Reglene i lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fyl- keskommuner (kommuneloven) kapittel 10 A gjelder for tilsynsvirk- somheten etter første ledd.

Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsyn med lov om folkehelsearbeid og skal utøve myndighet i samsvar med det som er bestemt i lover og forskrifter.

§ 33 Videreføring av forskrifter

Forskrifter gitt i medhold av lov 19. november 1982 nr. 66 om hel- setjenesten i kommunene kapittel 4a og § 7-9 gjelder fortsatt med mindre de strider med bestemmelser gitt i denne lov.

§ 34 Ikrafttredelse

Loven trer i kraft ... Fra samme dato oppheves lov om fylkeskom- muners oppgaver på folkehelsearbeidet og lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene.

Endringer i andre lover:

Lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap § 1-3: "Denne lov gjelder for

a) den offentlige helse- og omsorgstjeneste, og folkehelsearbeid etter folkehelseloven kapittel 2 og

3 (...)

d) Mattilsynet, herunder offentlige og private laboratorier"

Lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer § 2- 2 åttende ledd:

"Når det er nødvendig for iverksetting av tiltak eller for oversikt og kontroll i forbindelse med smittsomme sykdommer, kan kommunele- gen, fylkesmannen, Helsetilsynet i fylket, Helsedirektoratet, Statens helsetilsyn og Nasjonalt folkehelseinstitutt kreve opplysninger fra offentlige kilder eller privat helsetjeneste uten hinder av lovbestemt taushetsplikt. Helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt kan i en smittesituasjon behandle opplysninger samlet inn etter dette ledd i utbrudsregistre. Behandling av opplysninger i skal være i tråd med bestemmelsene i lov 18. mai 2001 nr. 24 om helseregistre og behand- ling av helseopplysninger."

Referansekode: HRE 2010 – 3

Stikkord: Folkehelselov. Miljørettet helsevern. Miljørettet folkehelse- arbeid.



HØRINGSNOTAT – FORSLAG TIL NY KOMMUNAL HELSE- OG OMSORGSLOV

Høringsnotat - forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov
Høringsbrev , 15.10.2010

Helse- og omsorgsdepartementet sender med dette på høring forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov. Den nye loven vil sammen med forslaget til ny folkehelselov erstatte kommunehelsetjenesteloven, sosi-

altjenesteloven og lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsear- beidet.

Høringsfristen er 18. januar 2011.

1. Regjeringens oppfølging av Samhandlingsreformen

Forslaget er en oppfølging av St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, Innst. 212 S (2009-2010) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om samhandlingsreformen og om en ny velferds- reform. I tillegg følger høringsnotatet opp NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene og NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste.

Samhandlingsreformen bygger blant annet på en overordnet målset- ting om å redusere sosiale helseforskjeller, og at alle skal ha et likever- dig tilbud om helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. Når sykdom rammer, er det viktig at folk skal oppleve at de får tilbud om behandling og pleie med kort ventetid og med størst mulig nærhet til brukeren. Målene med samhandlingsreformen er:

- Økt livskvalitet og redusert press på helsevesenet gjennom satsing på helsefremmede og forebyggende arbeid
- Dempet vekst i bruk av sykehus tjenester ved at en større del av hel- setjenestene ytes av kommunehelsetjenesten – forutsatt like god eller bedre kvalitet samt kostnadseffektivitet
- Mer helhetlige og koordinerte tjenester til pasienter og brukere gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp.

Målene i reformen skal realiseres gjennom et sett av flere virkemidler. Samtidig som forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov sendes på høring, sender vi også forslag til ny folkehelselov på høring, samt en nettbasert høring om Nasjonal helse- og omsorgsplan. Den sistnevnte høringen er et ledd i departementets arbeid med planen som tas sikte på å fremmes i form av en stortingsmelding våren 2011. Det tas også sikte på at lovforslagene kan fremmes for Stortinget i form av lovpro- posisjoner våren 2011.

2. Hovedinnhold i høringsnotat og lovforslag

I forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov tydeliggjøres kommu- nens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester ("sørge-for- ansvar"), uten at kommunene samtidig pålegges bestemte måter å organisere tjenestene på. Kommunens plikter skal i all hovedsak videreføres, men pliktene foreslås utformet mer overordnet og profe- sjonsnøytralt. Dette vil gi kommunene et tydeligere og mer helhetlig ansvar og større frihet til å organisere og tilpasse tilbudet i samsvar med lokale behov. I forslaget oppheves skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester. I stedet foreslås en felles helse- og omsorgstjeneste med felles regelverk, herunder felles klage- og tilsynsinstitusjon. Helsepersonelloven skal gjelde for alt personell som yter tjenester etter den nye loven.

Forslaget innebærer også at pasient- og brukerrettigheter knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester videreføres, og at de samles i pasientrettighetsloven. Det vil medføre at rettighetene blir mer entydige og helhetlige for pasientene og brukerne, som ofte forholder seg til flere deltjenester i kommunen eller til tjenester både i kommunen og i spesi- alisthelsetjenesten.

Reformen fremhever kommunens ansvar for helsefremmende og fore- byggende arbeid. Kommunene har allerede i dag et slikt ansvar, men det foreslås at dette tydeliggjøres i loven. Dette må ses i sammenheng med høringsnotatet om lov om folkehelsearbeid.

Jeg mener at lovforslaget vil sikre bedre samhandling innad i kommu- nen, men også mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det foreslås lovregulert at kommuner og spesialisthelsetjeneste skal legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester og med andre tjenesteytere. Det foreslås å innføre et nytt avtalesystem mellom tjenestenivåene. Et lovfestet avtalesystem vil kunne bidra til et mer likeverdig partsforhold i avtaler, og sikre en mer enhetlig praksis.

I høringsnotatet redegjør departementet for endringer som det på sikt kan være aktuelt å ta inn i forskriften om fastlegeordningen.

Fastlegeordningen er en ordning som det er stor brukertilfredshet med, og som det er viktig å videreføre. Fastlegene vil være sentrale i oppfølgingen av samhandlingsreformen. For blant annet å sikre helheten i allmennlegetjenesten, samt sørge for at det legges til rette for økt fokus på forebygging, er regjeringen opptatt av å sikre at kommunene får bedre styring med fastlegene.

Ved senere revisjon av fastlegeforskriften kan det derfor være aktuelt å presisere og utdype hvilke tjenester fastlegene skal ha ansvar for å tilby innbyggerne på sin liste, samt innføre funksjons- og kvalitetskrav.

For at kommunene skal kunne tilby gode alternativer til sykehusinnleggelser for pasienter som har behov for døgnopphold for observasjon, undersøkelse og behandling, vil det være av stor betydning at kommunene etablerer døgntilbud. Økonomiske incentiver i form av kommunal medfinansiering og samarbeidsprosjekter mellom helseforetak og kommuner vil legge til rette for at både kommuner og helseforetak vil se seg tjent med å etablere slike tilbud i kommunene. Høringsinstansene bes særskilt om å komme med innspill på om det eventuelt bør lovfestes en plikt for kommunene til å sørge for slikt døgntilbud. En eventuell plikt vil i så fall være avgrenset til pasientgrupper der et slikt tilbud anses som like bra eller bedre enn innleggelse ved sykehus for pasienter og henvisende leger.

Vi foreslår å innføre lovbestemte krav om at alle virksomheter i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal drive systematisk arbeid for å styrke pasientsikkerheten. Det foreslås også å innføre lovbestemte krav til systematisk kvalitetsforbedringsarbeid i alle virksomheter i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Et annet forslag i høringsnotatet er å gi departementet myndighet til å stille krav om at dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger skal skje elektronisk. Vi har allerede lovhjemler som kan tas i bruk for å stille nasjonale krav til standardiserte og sertifiserte løsninger. Helseforetak og kommunehelsetjenesten skal videre legge til rette for elektronisk samhandling. Samlet sett vil dette bidra til en mer effektiv utveksling av viktige pasientopplysninger og dermed også bedre helsehjelp.

Vi vil dessuten foreslå å endre meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 slik at ordningen blir et rent læringssystem. Ved å flytte meldeordningen fra Statens helsetilsyn til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, kan helsepersonell melde om uønskede hendelser uten frykt for sanksjoner, og vi kan få bedre data om omfang, fordeling og risiko. På den måten kan uønskede hendelser i større grad brukes som grunnlag for årsaksanalyse og læring for å forebygge og redusere faren for pasientskader.

3. Høringsfrist

Departementet ber om at eventuelle merknader til høringsnotatet sendes elektronisk til: postmottak@hod.dep.no innen 18. januar 2011.

Merknader kan også sendes til:
Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Høringsnotatet er lagt ut på Helse- og omsorgsdepartementets nettside på følgende adresse:
www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer.html?id=1904

Spørsmål om høringsnotat og lovforslag kan rettes til: avdelingsdirektør Elisabeth Salvesen på e-post: elisabeth.salvesen@hod.dep.no eller

fagdirektør Kjetil Jonsbu på e-post: kjetil.jonsbu@hod.dep.no.
Med vennlig hilsen

Anne-Grete Strøm-Erichsen

Kommentarer til forslaget om ny kommunal helse- og omsorgslov (Anders Smith)

Grensedragning mot ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester:

Mens folkehelseloven retter seg mot folkehelseoppgavene som *kommunen* har, gir helse- og omsorgsloven bestemmelser om de forebyggende og kurative oppgavene til helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Det vil som oftest være klart hvilken lov som gjelder for hva, men helsefremmende og forebyggende tiltak vil i noen tilfeller kunne være omfattet av begge lovene. Utgangspunktet er at tiltak rettet mot identifiserte risikogrupper og individer, er omfattet av helse- og omsorgsloven, mens tiltak rettet mot mer generelle grupper, er regulert av folkehelseloven. En nærmere omtale av denne grensedragningen finnes i 'Helserådet' nr. 6/10.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten:

Som en fortsettelse av det som er nevnt ovenfor, kan det slås fast at helsestasjons- og skolehelsetjenesten reguleres gjennom helse- og omsorgsloven. Dette til tross for at virksomheten i stor grad er helsefremmende og forebyggende. Men det at den er rettet mot identifiserte individer som også har behov for individuell veiledning, gjør at man har landet denne tjenesten under helse- og omsorgsloven. Det betyr ikke at ansatte i disse tjenestene ikke skal kunne utføre arbeid i henhold til folkehelseloven, også.

Fastlegeordningen:

Det sies viktige ting om fastlegeordningen: blant annet kommer det forslag til endringer i fastlegeforskriften. Regjeringen ønsker å tydeliggjøre kommunens overordnede ansvar for denne tjenesten samtidig som man ønsker å innskjerpe fastlegens listeansvar (populasjonsansvar), bl. a. individrettet forebyggende arbeid og oppfølging av personer som har risiko for utvikling av kroniske lidelser. Eller sagt på en annen måte: regjeringen ønsker en mer proaktiv oppfølging av pasienter, f. eks. i form av innkalling av pasienter.

Fortsatt kommunelege som medisinsk faglig rådgiver

I høringsnotatet henvises det til St. meld. nr. 47 (Samhandlingsreformen) hvor det ble slått fast at legene – både fastlegen og kommunelege 1 – har en nøkkelrolle i utvikling og tilrettelegging av lavterskeltilbud i tilknytning til kommunens forebyggende helsetjenester. Videre henvises det til at samhandlingsreformen ønsket å vurdere en tydeliggjøring av kommunelegerollen som en viktig premissleverandør for kommunal planlegging. Departementet mener at medisinsk faglig og samfunnsmedisinsk kompetanse er nødvendig i kommunene for å utføre de oppgavene kommunene er ansvarlige for av ikke-klinisk karakter etter forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og forslag til ny folkehelselov.

Referansekode: HRE 2010 – xy

Stikkord: Kommunal helse- og omsorgslov. Helse- og omsorgsloven. Kommunelege. Fastleger.

HUSK STRATEGIKONFERANSEN FOR ASTMA OG ALLERGI

Nasjonal strategikonferanse om forebygging og behandling av astma- og allergisykdommer 17. og 18. november 2010. Sted: Helsedirektoratets auditorium.

For påmelding: gå til www.berg-hansen.no/dokumenter/gruppeopplevelser/strategikonferanse_for_astma_og_allergi.asp

Se også 'Helserådet' nr. 13/10.

Red.

Utvidede risikogrupper for vaksinasjon mot influensa sesongen 2010/2011

Publisert 30.09.2010 , oppdatert: 08.10.2010, 13:00

Influensas sesongen 2009/2010 var atypisk og preget av det nye pandemiske influensaviruset 2009 A(H1N1)-virus. Siden det kan forventes sykdom forårsaket av 2009 A(H1N1)-virus i Norge kommende høst og vinter, utvides anbefalingene for sesonginfluensavaksine noe.

I kjølvannet av pandemiske utbrudd er det begrenset erfaring med hvordan de neste influensas sesongene vil forløpe. Slik den epidemiologiske influensasituasjonen har utviklet seg på den sørlige halvkule, er det sannsynlig at både 2009 A(H1N1), A(H3N2) og B-virus vil kunne opptre i Norge under kommende influensas sesong. Det er umulig å spå hvilket virus som vil dominere. Høstens sesonginfluensavaksine beskytter mot 2009 A(H1N1)-viruset i tillegg til et A(H3N2)-virus og et B-virus. Folkehelseinstituttet anbefaler derfor at den trivalente vaksinen benyttes for sesongen 2010/2011.

Det er ikke kommet rapporter om endring av 2009 A(H1N1)-virus i særlig grad. På den sørlige halvkule har sykdom forårsaket av 2009 A(H1N1)-virus, hittil hatt et sykdomsbilde som samsvarer med det vi så under pandemien. Det er de samme risikogrupperne, inkludert gravide, som hyppigst rammes av sykdom som krever sykehusinnleggelse.

Utvidede anbefalinger for risikogrupper

Siden det kan forventes sykdom forårsaket av 2009 A(H1N1)-virus i Norge i sesongen 2010/2011, utvides anbefalingene for sesonginfluensavaksine noe. Dette for å dekke risikogrupper som var særlig utsatt ved 2009-pandemien og som tidligere ikke har vært inkludert i norske anbefalinger for sesongvaksine. Dette gjelder:

- Gravide i 2. og 3. trimester. Gravide i 1. trimester med annen tilleggstrisiko kan vurderes for vaksinasjon
- 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

Det er stor erfaring med bruk av trivalent sesonginfluensavaksine, også til gravide, barn og eldre. Flere land, bl.a. USA, har gjennom flere år benyttet vaksinen til gravide.

Trivalent sesongvaksine bør i tillegg anbefales til svinerøktere og andre som har regelmessig kontakt med levende griser. Hovedhensikten med vaksinasjon av svinerøktere er å beskytte grisene mot influensasmitte og å hindre utvikling av virus med nye egen-skaper i svinebesetningene.

De utvidede anbefalingene kommer i tillegg til de tradisjonelle risikogrupperne som omfatter:

- Personer som er 65 år eller eldre
- Voksne og barn med alvorlige 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 infeksjonsresistens
- Voksne og barn med diabetes mellitus (både type 1 og type 2)
- Voksne og barn med kronisk nyresvikt
- Beboere i omsorgsbolig og sykehjem

I tillegg til grupperne som er beskrevet ovenfor, anbefales det å vaksinere helsepersonell med pasientkontakt.

Detaljert informasjon om de utvidede vaksinasjonsanbefalingene og bakgrunnen for disse finnes i Rapport om vaksinasjonsråd for sesonginfluensa 2010/2011.

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=86173>

Relaterte dokumenter

- Rapport om vaksinasjonsråd for sesonginfluensa 2010/2011 (se www.fhi.no)

Relaterte lenker

- Statens legemiddelverks nettsider om influensavaksine sesongen 2010/2011 (se www.fhi.no)

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2010 – 9

Stikkord: Influensavaksinasjon. Sesonginfluensa.

Spørreundersøkelse blant deltakere:

Mindre sykdomsomsfang etter årets Birkebeinerritt

Publisert 01.10.2010 , oppdatert: 01.10.2010, 14:42

I 2009 ble mange av deltagerne i Birkebeinerrittet og FredagsBirken syke med diaré og oppkast i dagene etter rittet. Mye regn førte til bløte løypeforhold og mye sølesprut med mulig smitte fra dyr som beitet i området. Forholdene i år viste seg å bli ganske like som i fjor, men i år er det gjort noen tiltak for å forbedre løypene, og det er informert mer om smitterisiko og tiltak for å hindre smitte. Det ser ut til at det

var mye mindre sykdom etter årets birkebeinerritt enn etter fjorårets. - I fjor oppga rundt 20 % av de som svarte at de ble syke med diaré etter rittet, mens kun 5 % fikk diaré etter årets ritt. Langt flere oppga i år at de fikk luftveissymptomer (12 % i år vs. 5 % i fjor), men dette kan skyldes kaldere vær under årets ritt, sier lege Tone Bruun i Avdeling for infeksjonsovervåking ved Folkehelseinstituttet.

- Det ser ut til at mange fulgte rådene som ble gitt i forkant av årets ritt, sier Bruun. Mens 34 % oppga å ha brukt skjermer på sykkelen i fjor, var det i år 52 % som oppga dette. Over halvparten (60 %) sa at de alltid eller ofte spyttet ut første slurk når de drakk fra flaske/slange, i fjor var det bare 9 % som alltid spyttet ut første slurk når de drakk fra flaske/slange.

Mange deltok i spørreundersøkelsen

I samarbeid med arrangørene har Folkehelseinstituttet i år (2010) gjennomført denne spørreundersøkelsen for å kartlegge sykdomsomsfanget, og vurdere om informasjon om forebyggingsråd har nådd fram og om eventuelle tiltak har fungert. Spørreskjemaet ble sendt til 17997 deltagere via e-post.

Det var totalt 12074 (67 %) som svarte på undersøkelsen; 9 393 deltok i lørdagens Birkebeinerritt, 2573 i FredagsBirken, 66 deltok i begge, mens 42 deltok ikke i år.

- 2194 deltagere (18 %) ble syke i løpet av de første 10-12 dagene etter rittet.
- 5 % av de som svarte oppga å ha hatt diaré, og 12 % oppga at de hadde hatt luftveissymptomer.
- 1911 personer oppga å ha hatt symptomer som varte i tre eller flere dager og 707 hadde symptomer i mer enn én uke.
- 39 % av de som ble syke måtte være borte fra jobben en eller flere dager.
- 210 personer kontaktet lege, 11 ble innlagt på sykehus.
- Nesten alle av de som svarte (97 %) hadde fått med seg noe informasjon om risiko for smitte og tiltak for å forebygge sykdom. De fleste hadde fått dette fra arrangørens nettsider (82 %), men mange også fra aviser (60 %), venner eller kolleger (36 %), TV (30 %), eller diskusjonsforum på nett (13 %). Flere oppga også Birkebeinermagasinet og e-post fra arrangør som kilde til informasjon.

Arrangørene hadde i år lagt på noe masse i løypa og forsøkt å drenere bedre i enkelte partier. Ved spørsmål om løypeforholdene og sølesprut i år i forhold til i fjor svarte rundt halvparten at det var omtrent det samme, mens en tredjedel mente det var mindre gjørme og sølesprut i år. Enkelte saueiere hadde i år hentet inn dyra tidligere enn i fjor. Deltakerne ble også spurt om de så dyr og dyremøkk i løypa. De fleste (80 %) var usikre, eller hadde ikke lagt merke til noen forskjell fra i fjor, mens de resterende hadde registrert mer dyr og dyremøkk i fjor. Kun et fåtall (1 %) sa at de mente det var mer dyr og dyremøkk i år. Det kommer en mer utfyllende rapport etter hvert.

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=86186>

Relaterte sider

- Birkebeinerne smittet via gjørme (se www.fhi.no)

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2010 – 8

Stikkord: Diaré. Birkebeinerrittet. Bruun, Tone.

Helseskader etter vulkanutbrudd?

Publisert 04.10.2010 , oppdatert: 04.10.2010, 09:11

Stikkord: Luftforurensninger

Kan askepartiklene fra vulkanutbruddet på Island skade lunger og luftveier? Et internasjonalt forskerteam har undersøkt partikler fra ulike perioder i utbruddet, men har foreløpig ikke funnet noe alarmende. Selv om Norge også ble utsatt for askeskyen, er det altså ingen grunn til bekymring, melder Folkehelseinstituttet.

Undersøkelsene av askeutslippet fra Eyafjallajökull utføres i et samarbeid mellom britiske, islandske, italienske og amerikanske forskere. Selv om resultatene så langt tyder på at askepartiklene hadde liten evne til å skade lunger og luftveier, er det mulig at de store mengdene av partikler i luften kan oppveie at partiklene selv har lite helseskadelig potensial. Dette undersøkes nå videre.

- Mengden partikler i luften over Norge var ganske liten, og når det viser seg at askepartiklene i seg selv er lite skadelige, er det liten grunn til å tro at dette skal få noen helsekonsekvenser i Norge, sier Per Schwarze, avdelingsdirektør, avdeling for Luftforurensning og støv ved Folkehelseinstituttet.

I partikkelutslipp fra vulkaner kan det forekomme kvartspartikler som er vist å være helseskadelige når nivåene blir høye nok. På Island fant man ikke nevneverdige mengder kvartspartikler. De innsamlede partikler besto først og fremst av mineraler som også i andre sammenhenger er vist å ha liten evne til å skade lunge og luftveier. Metaller fra mineralpartikler vurderes som mulig helseskadelige, men nivåene av metaller fra vulkanpartiklene var veldig lave og ikke helsemessig relevante.

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=86218>

Relaterte lenker

- Rapport: Respiratory health hazard assessment of ash (se www.fhi.no)

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2010 – 13

Stikkord: Vulkanutbrudd. Luftforurensning. Island. Schwarze, Per.

Advarsel om farlig stoff:

Flere dødsfall etter inntak av det ecstasy-lignende stoffet PMMA (ParaMetoksyMetAmfetamin)

Siden i sommer har seks unge mennesker omkommet etter inntak av PMMA i Norge. Folkehelseinstituttets Divisjon for retts toksikologi og rusmiddelforskning har også gjort funn av PMMA hos flere personer mistenkt for påvirket kjøring. Dette viser at stoffet er i omløp. Funnet er svært bekymringsfullt, fordi inntak av stoffet innebærer en høy fare for dødelige overdoser.

PMMA er et stoff som ligner både amfetamin og ecstasy, men er langt giftigere.

– Effekten inntreffer ofte langsommere enn ved bruk av amfetamin eller ecstasy, slik at det kan bli oppfattet som et svakt stoff og kan dermed føre til gjentatte eller større inntak. Brukeren er oftest ikke klar over at det er PMMA som er inntatt, sier Liliana Bachs, fungerende divisjonsdirektør ved Folkehelseinstituttet.

– Mens dødsfall knyttet til amfetamin eller ecstasy alene er relativt sjeldne, har vi nå i løpet av kort tid sett seks dødsfall med PMMA i blanding med amfetamin/metamfetamin. PMMA omdannes i kroppen til stoffet PMA (ParaMetoksyAmfetamin) som har vært ansvarlig for mange dødsfall verden over på 70-tallet og på 2000-tallet, og som fikk navnet "Death", sier Bachs.

KRIPOS har gjort over 20 beslag av PMMA i form av pulver, alene eller blandet med amfetamin. Stoffet kan ha blitt solgt som amfetamin eller som ecstasy.

PMMA er et stimulerende hallusinogen. Mange av stoffets virkninger i kroppen ligner på både amfetamin og ecstasy, med hallusinasjoner, hjertebank, uro, unormale øye- og munnbevegelser og varmfølelse.

Dødsfallene kan inntre plutselig og uventet som følge av hjerterytmeforstyrrelser eller hjerneslag, eller ha et lengre forløp som starter med høy kroppstemperatur, uro, forvirring, trykk i brystet, koma, kramper og progressiv svikt i indre organer som lunger, nyrer og hjerte.

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=86260>

Relaterte sider

- Ecstasy - faktaark (se www.fhi.no)

Referansekode i 'Helsrådet': RUS 2010 – 1

Stikkord: Ecstasy. PMMA.

Doblet risiko for angst for 18 måneder gamle barn med medfødt hjertefeil

DePublisert 07.10.2010 , oppdatert: 07.10.2010, 10:42

Barn som er født med alvorlig hjertefeil har en dobbelt så stor risiko for angst ved 18 måneders alder som friske barn. Det viser en studie

utført ved Folkehelseinstituttet. Barn med milde og moderate hjertefeil hadde ikke den samme risikoen for angst.

- Disse funnene tyder på at barn med alvorlige former for medfødt hjertefeil er disponert for emosjonelle plager i veldig ung alder. Dette kan igjen henge sammen med antallet medisinske inngrep og sykehusinnleggelses som preger disse barnas første leveår, sier doktorgradsstipendiat Kim Stene-Larsen ved Folkehelseinstituttet.

En del av Hjertebarn-prosjektet

Folkehelseinstituttet samarbeider med Oslo universitetssykehus sin barnehjerteseksjon om et stort forskningsprosjekt: Hjertebarn. I denne nye oppfølgingsstudien undersøkte forskerne om barn med medfødt hjertefeil hadde en økt risiko for internaliserende vansker som angst eller søvnproblemer ved 18 måneders alder.

I denne aldersgruppen identifiserte forskerne 198 barn med en medfødt hjertefeil, hvorav 58 hadde en alvorlig hjertefeil. Analysene viste altså at barna med en alvorlig hjertefeil hadde en dobbelt risiko for angst sammenlignet med friske barn. Dessuten viste det seg at angst og depresjon hos mor også hang sammen med angst hos barnet. Barn med mild eller moderat hjertefeil, derimot, viste ingen tegn på angst eller andre internaliserende vansker.

Forskerne så også på sammenhengen mellom hjertefeil og søvnforstyrrelser, men fant ikke økt risiko for dette.

Hjertebarnprosjektet er et underprosjekt av Folkehelseinstituttets Mor- og barnundersøkelse (MoBa). Prosjektet er finansiert av Norges forskningsråd. Denne longitudinelle studien har som hovedmål å undersøke de psykologiske og utviklingsmessige konsekvensene av medfødt hjertefeil hos sped- og småbarn. Gjennom en kopling av MoBa-studien og Oslo universitetssykehus landsdekkende register over medfødte hjertefeil, som inneholder nøyaktig diagnostisk informasjon om hjertefeilen, er det mulig å sammenlikne barn med ulik alvorlighetsgrad av hjertefeil med friske barn.

Tidligere funn fra hjertebarnprosjektet har vist at 6 måneder gamle barn med moderat eller alvorlig medfødt hjertefeil hadde høyere risiko for emosjonell reaktivitet (irritabilitet og hyppig og kraftig gråtting).

Behov for mer kunnskap om barn med medfødt hjertefeil

Ca. 1% av alle nyfødte barn har en medfødt hjertefeil. Alvorlighetsgraden av medfødte hjertefeil varierer mye fra ubetydelige små feil til komplekse tilstander som krever en serie operasjoner opp gjennom barnets første leveår.

Flere studier har vist at barn med medfødt hjertefeil ned til 3 års alderen er mer disponert for emosjonelle problemer som angst og depresjon. Derimot finnes det nesten ingen kunnskap om emosjonelle problemer i spedbarns og småbarnsalderen, som er den fasen av livet der størsteparten av den medisinske behandlingen gjennomføres. Det er de første leveårene til disse barna Hjertebarnprosjektet særlig undersøker.

Artikkelen "Longitudinal findings from a Norwegian case-cohort study on internalising problems in children with congenital heart defects" er publisert online på Acta Paediatrica.

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=86274>

Relaterte sider

- Alvorlig hjertefeil hos spedbarn gir mor økt risiko for angst og depresjon (se www.fhi.no)
- Spedbarn med alvorlig hjertefeil: Psykisk sårbare og forsinket utvikling (se www.fhi.no)

Relaterte lenker

- Oslo universitetssykehus (se www.fhi.no)

Referansekode i 'Helsrådet': HEL 2010 - 1

Stikkord: Barn. Hjertefeil.

Risikovurdering:

Brann i rådhuset i Volda

Publisert 07.10.2010 , oppdatert: 07.10.2010, 12:43

Stikkord: Innemiljø og helse

Folkehelseinstituttet har mottatt en henvendelse fra Volda kommune i forbindelse med en brann i rådhuset i Volda. Brannen startet i forbindelse med en eksplosjon på brannstasjonen som ligger i samme bygg. På grunn av bygningens alder er det grunn til å tro at det har vært asbestholdige materialer i bygget.

Under brannen var det en rekke mennesker som oppholdt seg i nærheten og det er uttrykt bekymring for om disse kan ha vært utsatt for helsesisiko i forbindelse med asbesteksponering fra røyken.

Videre har det vært gitt tillatelse til at man har kunnet gå inn i tilstøtende lokaler i bygningen for å få ut papirer som var viktig for kommunens generelle arbeid og tjenesteyting. Også i denne forbindelse har det oppstått bekymring for at de personer som har gjort dette, har vært utsatt for helsesisiko i forbindelse med asbesteksponering.

Det har også vært fokus på risiko forbrannt med støv/sotnedslag i nærliggende boliger der vinduene har stått åpne.

Generelt om asbest

Langvarig eksponering for frie asbestfibre i luften i yrkessammenheng innebærer en økt risiko for utvikling av lungesykdom, også lungekreft og bukhinnekreft. Undersøkelsene som viser denne sammenhengen er fra industriarbeidsplasser der bearbeiding og bruk av asbest medførte at det var mye asbestfibre i innåndingsluften.

Mangel på gode data for hvor mye de enkelte individene i disse undersøkelsene var utsatt for over hvor mange år gir oss rent vitenskapelig dårlig grunnlag for å beregne hvilken risiko en liten, episodisk eksponering for asbestfibre innebærer, om noen i det hele tatt.

I noen tilfeller kan personer ha blitt eksponert en kortere tid for asbestfibre. Dette medfører bekymring, ikke minst hos de eksponerte. Det blir da viktig at helsetjenesten gir riktig informasjon om helsesisiko og tiltak.

Ved lavgradig eksponering over kortere tid er den sannsynlige kreftrisikoen svært liten. Generell forsiktighet tilsier imidlertid at frie asbestfibrer ikke bør forekomme innendørs. På grunnlag av den sannsynligvis ikke nevneverdige økningen i helsesisiko ved kortvarige eksponeringssituasjoner, anser vi at medisinske kontrollundersøkelser rettet mot lungesykdom i ettertid er av liten verdi.

Asbesteksponering i forbindelse med brann

Helsesisiko knyttet til eksponering for asbestfibre er først og fremst et problem for brannmenn som arbeider med slokningsarbeide inne i selve bygningen med asbestholdige materialer. Australske helsemyndigheter i delstaten Victoria fikk i 2006 utarbeidet en rapport (Report on the Investigation of the Effect of Fire on Asbestos Fibre Contamination, Department of Human Services, November 2006) som så på spredning av asbestfibre i forbindelse med brann.

Resultatene i rapporten baserte seg dels på forsøk med asbestholdige materialer utsatt for varme tilsvarende det man finner ved en brann og dels på en kontrollert brann i en bygning.

Resultatene viste at asbestfibre avgis fra materialer i forbindelse med brann men at antall fibre som frigis er relativt lavt. Dette skyldes at de asbestholdige sementmaterialene som ødelegges i brannen/eksplosjonen vil i liten grad frigis til en eventuell inhalasjonseksponering.

På grunn av at store mengder ikke-kontaminert omgivelsesluft vil trekke inn i forbrenningssonen vil man få en betydelig fortyningseffekt på forekomsten av inhalerbare asbestfibre. Man antok i rapporten at de lave konsentrasjonene av slike inhalerbare asbestfibre i røyken assosiert med testbrannen må ansees som typiske for brann i bygninger med forekomst av asbestholdige materialer.

Konklusjonen i rapporten er at brann i bygninger med betydelige mengder asbestholdige materialer ikke medfører helsesisiko knyttet til inhalasjon av asbestfibre verken nær eller lengre unna bygningen.

Dette tilsier at helsesisiko for tilskuere til brannen i Volda har en neglisjerbar. På bakgrunn av de funn man gjorde i den australske undersøkelsen og som støttes av de svært lave fiberfunn i de foreløpige undersøkelsene fra rådhuset, må vi også anta at helsesisiko for de som i ettertid har vært inne i tilstøtende lokaler må være neglisjerbar.

Asbestholdige materialer kan imidlertid være tilstede i asken fra brannen. Ved opprydning av brannskadde materialer må de personer som utfører dette følge de retningslinjer som foreligger for arbeid med asbestholdige materialer.

Andre eksponeringsforhold

Det vil ved en brann dannes en rekke potensielt helseskadelige stoffer, både i partikkelform og gassform. Bekymringen for helserisiko i denne sammenheng er også først og fremst knyttet til eksponering i brann og slukningsfasen. Slike potensielt helseskadelige stoffer vil i noen grad kunne avsettes på nærliggende overflater. Etter en stund vil hovedmengden av slike avsatte stoffer bestå av mindre flyktige partikkelbundne stoffer. Vi forutsetter derfor at nødvendig rengjøring av flater i rom som ikke er direkte skadet av brannen blir utført.

Konklusjon

På bakgrunn av den australske rapporten er det grunn til å anta at forekomsten av frie asbestfibre både nær og lengre unna selve brannstedet i Volda er lave. Dette knyttet opp til at det her er snakk om en kortvarig eksponering tilsier at helserisikoen knyttet til innånding av asbestfibre i forbindelse med brannen i rådhuset er neglisjerbar både for tilskuere og de som eventuelt har gått inn i tilstøtende lokaler.

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=86285>

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2010 – 12

Stikkord: Brann. Luftforurensning. Asbest. Volda.

Arbeid viktig for god psykisk helse

Publisert 09.10.2010 , oppdatert: 09.10.2010, 17:11

- Å arbeide har en egenverdi for å opprettholde god psykisk helse. Det sier divisjonsdirektør Arne Holte ved Folkehelseinstituttet foran Verdensdagen for psykisk helse 2010. – Arbeid gir glede, selvfølelse, mening og tilhørighet, og i dagens samfunn er identiteten vår i større grad enn før knyttet opp mot det arbeidet vi gjør, sier Holte.

Holte legger til at arbeid også gir inntekt, kollegaer og venner, og at disse faktorene beskytter mot psykisk sykdom. – Arbeid har en egenverdi, og de som faller utenfor arbeidslivet mister mer enn selve jobben. Selvfølgelig jobber vi for å tjene penger, men arbeidet gir de fleste av oss mye mer enn det, sier han.

Holte synes det er for mye fokus på de negative sidene ved arbeid i offentligheten i dag.

Verdensdagen for psykisk helse

10. oktober er det Verdensdagen for psykisk helse; en offisiell FN-dag, som hvert år markeres over hele verden. Formålet er å øke kunnskapen om, bidra til åpenhet om, og bedre holdningene til psykisk helse. Verdensdagen for psykisk helse er i dag den største kampanjen for psykisk helse i verden.

Omtrent halvparten av den norske befolkningen vil rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet, og cirka en tredjedel i løpet av et år, viser tall fra Folkehelseinstituttet. Psykiske lidelser er plager og symptomer som påvirker tanker, følelser, atferd, væremåte og omgang med andre.

Tap av arbeid påvirker helsen

Arbeidet gir for nesten alle opplevelse av mening, identitet, selvfølelse, tilknytning og mestring. Det gir evne til å forsørge seg selv og andre - og slik en følelse av kontroll over eget liv - og det gir venner. Alt dette er med på å fremme psykisk helse. Taper man arbeidet, taper man også mange av disse helsefremmende faktorene. Økonomiske konjunkturer påvirker arbeidsmarkedet. Nedgangstider skyver ofte folk ut av arbeidet. Det gir økt sykkelighet og det rammer sosialt skjevt. De som hadde vanskeligst for å komme inn på arbeidsmarkedet, skyves lettest ut igjen. Mange av disse er allerede i utgangspunktet disponert for psykiske lidelser.

- Arbeid fremmer god psykisk helse, samtidig som psykisk sykdom hemmer utdanning, hemmer unges inntreden på arbeidsmarkedet, og fører til utstøting av arbeidsmarkedet i form av sykefravær og uføretrygd, sier Arne Holte.

Psykiske lidelser er den dyreste av alle årsaker til uførtrygding, og psykiske lidelser er blant de vanligste årsakene til sykefraværet i Norge. I alt koster psykiske lidelser samfunnet mellom 60 – 70 milliarder per år i tapt arbeidsfortjeneste, trygdeutgifter og behandling, viser Folkehelseinstituttets anslag. Altfor mange mennesker faller ut av arbeidslivet på grunn av psykiske helseproblemer.

I 2008 utgjorde psykiske lidelser 13,7 prosent av sykefraværet i den offentlige statistikken. Psykiske lidelser blir ofte underrapportert som årsak til sykemelding, og det er derfor grunn til å tro at den reelle andelen sykefravær på grunn av psykiske plager og lidelser er langt høyere.

- Det er de vanligste psykiske lidelsene, angst, depresjon og alkoholmisbruk, som legger beslag på flest tapte arbeidsår. Det er også disse lidelsene det er lettest å gjøre noe med, sier Arne Holte.

Flere unge faller utenfor

Rapporten ”Tapte arbeidsår ved uførepensjonering for psykiske lidelser”, utgitt av Folkehelseinstituttet i 2009, viste at psykiske lidelser også var den nest største diagnosegruppen blant innvilgede uførepensjoner i årene 1992 -2003, etter muskel- og skjelettlidelser. Rapporten viste at uførepensjonering for psykiske lidelser økte i alle aldersgrupper, men mest blant de yngste (særlig 16 -29 år).

- Det å få ned sykefraværet, få folk til å stå i arbeid er altså svært viktig for den enkeltes livskvalitet, for å opprettholde god psykisk helse og forebygge sykdom. Her har samfunnet og den enkelte felles interesser, sier Holte.

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=86334>

Relaterte lenker

- Verdensdagen for psykisk helse (se www.fhi.no)

Referansekode i 'Helserådet': ULI 2010 – 6

Stikkord: Arbeid. Arbeidsledighet. Holte, Arne.

Barns vekst i Norge 2010:

Nye tredjeklassinger høyde- og vektmales

Publisert 11.10.2010 , oppdatert: 11.10.2010, 15:25

I oktober gjennomføres den norske barnevekstundersøkelsen for andre gang. Flere deltakende skoler er allerede i gang, og resten starter etter høstferien. På samme måte som sist er det tredjeklassinger som inviteres til måling av høyde, vekt og livvidde. Undersøkelsen er et samarbeid mellom Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. Resultatene skal sammenliknes med data fra 2008.

- Det blir interessant å se om det har skjedd endringer, eller om vekten har stabilisert seg slik vi ser tegn til i Sverige og enkelte andre land, sier prosjektleder Ragnhild Hovengen, Folkehelseinstituttet.

127 skoler i 10 fylker

Den norske barnevekstundersøkelsen – ”Barns vekst i Norge” - startet i 2008 og skal gjennomføres annet hvert år ved de samme 127 skolene i 10 fylker over hele landet. Tilsvarende undersøkelser gjennomføres i en rekke andre europeiske land. Resultatene bidrar til å følge utviklingen av barns vekst over tid og gir grunnlag for sammenlikning mellom land og mellom fylker og regioner innad i det enkelte land.

Barns vekst i Norge er den eneste norske studien der samme aldersgruppe følges over tid. Utenom denne studien har vi bare noen få enkeltstående undersøkelser å støtte oss til når det gjelder barn. Resultatene er derfor et viktig grunnlag for forebyggende innsats både i skolen, barnehager og i familiene.

Samarbeid med foreldre og skolehelsetjeneste

Barnevekstundersøkelsen skjer i samarbeid med foreldrene og skolehelsetjenesten. Foreldrene til tredjeklassingene ved de 127 skolene får skriftlig informasjon om undersøkelsen og må gi et skriftlig samtykke til at deres barn kan delta. I 2008 ga nesten alle foreldrene sitt positive samtykke, noe som bidro til høy svarprosent.

- Det viser at studien er godt akseptert, og at foreldrene har tillit til skolehelsetjenesten og Folkehelseinstituttet. Vi håper på høy deltakelse også denne gangen. Det er viktig for å få gode data som vi kan stole på. Bare da har vi muligheter til å følge utviklingen over tid og gi god informasjon til myndighetene som tilrettelegger forebyggende programmer nasjonalt, i lokalsamfunn, skole og barnehage, sier Hovengen.

Nytt i år: etterspør blant annet fødselsvekt

- Er det endringer i opplegget denne gangen i forhold til 2008?

- Vi er på jakt etter mer kunnskap om barns vekst. Derfor ber vi denne gang om foreldrenes samtykke til at vi kan innhente barnas fødselsvekt fra Medisinsk fødselsregister, høyde- og vektmaal fra barnets helsekort og opplysninger fra Folkeregisteret, utdannings- og inntektsstatistikk. Alle data blir avidentifisert, og resultatene analysert på gruppenivå. Det vil ikke være mulig å identifisere enkeltpersoner.

Med slike data kan vi få større forståelse for hvordan veksten utvikler seg fram til åtteårsalderen, og om det er grupper eller faser i disse årene som vi må få mer kunnskap om, sier Hovengen.

Hun legger til at det de siste 20 årene har skjedd en økning i vekten hos norske barn. En større gruppe en tidligere har fedme, det vil si kraftig overvekt. Resultatene fra undersøkelsen i 2008 tyder videre på at det i årene før puberteten er forskjell på gutter og jenter - jentene øker i vekt tidligere enn guttene.

Mindre overvektproblemer i Norge og Norden

- Hvordan er vekten til norske barn sammenliknet med andre land?

- Resultatene fra undersøkelsen i 2008 viser at høyde og vekt for norske tredjeklassinger er som i andre land i Norden. I England og enkelte land i Sør-Europa som Portugal og Italia, er vektøkningen betydelig større enn i Norge og Norden.

- Kan slike studier som Barnevekstundersøkelsen gjøre noe til eller fra?

- Vi må passe godt på barnebefolkningen vår, det innebærer at vi må følge med på barnas vekstutvikling. Det er i barne- og ungdomsårene at overvekt og fedme i voksen alder best kan forebygges. Dersom vi skal legge til rette for tiltak innen kosthold og fysisk aktivitet i og utenfor skoletiden, må vi også vite hvordan situasjonen er. Da kan vi i neste omgang finne ut om eventuelle tiltak har en effekt, sier Hovengen.

Studien Barns vekst i Norge er godkjent av Regional etisk komité og Datatilsynet.

Lenker

Justerte resultater Barns vekst i Norge 2008 (se www.fhi.no)

Referanser

Binkin N, Fontana G, Lamberti A, Cattaneo C, Baglio G, Perra A, Spinelli A. A national survey of the prevalence of childhood overweight and obesity in Italy. *Obes Rev.* 2010 Jan;11(1):2-10. Epub 2009 Sep 17. Abstract i Pubmed.

Dvergsnes K., Skeie G. Utviklingen i kroppsmasseindeks hos fireåring i Tromsø 1980-2005. *Tidsskr Nor Legeforen* nr. 1, 2009; 129: 13-6

Juliusson PB, Roelants M, Eide GE, Hauspie R, Waaler PE, Bjerknes R. Overweight and obesity in Norwegian children: secular trends in weight-for-height and skin-folds. *Acta Paediatr* 2007; 96:1333-7.

Lissner L, Sohlstrom A, Sundblom E, Sjöberg A. Trends in overweight and obesity in Swedish schoolchildren 1999-2005: has the epidemic reached a plateau? *Obesity rev* 2010; 11: 553-559.

Olds TS, Tomkinson GR, Ferrar KE, Maher Ca. Trends in prevalence of childhood overweight and obesity in Australia between 1985 and 2008. *Int j Obesity* 2010; 34, 57-66.

Peneau S, Salanave B, Maillard-Teyssier L, Rolland-Cachera MF, Vergnaud AC m.fl. Prevalence of overweight in 6- to 15-year old children in central/western France from 1996 to 2006: trends toward stabilization. *Int J Obesity* 2009; 33: 401-7.

Sjöberg A, Lissner L, Albetsson-Wikland K, Marild S. Recent anthropometric trends among Swedish school children: evidence for decreasing prevalence of overweight in girls. *Acta Paediatr* 2008; 97: 118-23.

Stamatakis E, Wardle J, Cole TJ. Childhood obesity and overweight prevalence trends in England: evidence for growing socioeconomic disparities. *Int J Obesity* 2010; 34: 41-7.

Referansekode i 'Helserådet': SKO 2010 – 1

Stikkord: Skolebarn. Vektmåling. Høydemåling.

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap:

Rapport om pandemihåndteringen

Publisert 13.10.2010 , oppdatert: 14.10.2010, 13:04

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) har i dag 13. oktober 2010 lagt fram sin gjennomgang av pandemihåndteringen. Hovedkonklusjonen i rapporten er at Norge var godt forberedt på en pandemi og at håndteringen i det store og hele var god. DSB trekker også fram en del læringspunkter.

- DSB har levert en grundig rapport som vil bli viktig for oppfølgingen og forbedringen av beredskapen, sier direktør Geir Stene-Larsen i Folkehelseinstituttet. I rapporten går DSB grundig inn i planene som ble brukt og vurderer de ulike strategiene som ble valgt. De ser på råd om forebygging og behandling og hvordan disse og annen informasjon ble kommunisert ut til befolkningen og helsevesenet.

- Sammen med de andre etatene vil vi studere anbefalingene nøye og følge opp forslagene til forbedring, sier Stene-Larsen.

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=86383>

Relaterte lenker (se www.fhi.no)

- DSB Evaluering av A(H1N1) pandemien 2009
- HelseDirektoratets nettside om pandemirapporten
- Statens legemiddelverks nettsak om pandemirapporten

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2010 – 10

Stikkord: Pandemi. Influensa. DSB. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap.

HELSE RÅDET

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

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