

- Komplette innholdsfortegnelse s. 2
- Tverrfaglige team i primærhelsetjenesten. Fastlegene må med s.3
- Bruk av samfunnsmedisinsk kompetanse i kommunal ledelse s. 5
- Kommunal planlegging. Artikler s. 7 og 8
- Røykplager fra naboer i boligområde s. 13
- Vaksinasjon mot skogflåttencefalitt s. 19
- Historisk låge aborttal for kvinner under 20 år s. 21



# Helserådet

## INNHold NR. 12/15

Tverrfaglige team i primærhelsetjenesten. Fastlegene må med .....	3
Underlig lesning: Om folkehelse og primærhelsetjenesten .....	4
Bruk av samfunnsmedisinsk kompetanse i kommunal ledelse .....	5
Folkehelsealliansen Nordland .....	5
Planlegging av grønn struktur i byer og tettsteder .....	7
Planfaglige råd .....	7
Folk blir friskere av grønn utsikt .....	7
Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging .....	8
Trolig slutter flere å røyke etter motiverende intervju .....	9
Fant at reklamefrie røykpakker kan ha effekt .....	10
Behovet for skadereduksjon på tobakksområdet .....	11
Sykler dobbelt så mykje med elsykkel .....	11
Krav om innhenting av vurdering fra akkreditert inspeksjonsorgan – eiere av luftskrubbere og kjøletårn .....	12
Røykplager fra naboer i boligområde .....	13
Kan kommunen kreve tilstandsrapport for en utleiebolig? .....	15
Infeksjoner i barnehager kan halveres .....	16
Rettigheter og klagemuligheter .....	17
Depresjon kobles til lite D-vitamin hos unge kvinner .....	17
Stor fagkonferanse på Gaustad .....	18

### NYTT FRA WWW.FHI.NO, FOLKEHELSEINSTITUTTET

Vaksinasjon mot skogflåttencefalitt (TBE) .....	19
Økt smitte av fugleinfluensa A(H5N1) til mennesker i Egypt .....	20
Folkehelseprofilene for fylkene 2015 er publiserte .....	20
Historisk låge aborttall for kvinner under 20 år .....	21
Trenger du en presentasjon om psykiske plager og lidelser i Norge? .....	22
Langvarig trening kan ha sammenheng med økt risiko for hjerteflimmer hos kvinner .....	22
Folkehelseinstituttets årsrapport 2014 .....	23
Tidsskriftet Norsk Epidemiologi oppsummerer MoBa-forskning gjennom 15 år .....	24
Reseptregisteret oppdatert med 2014-tall .....	24

### Helserådet

Nytt fra Helsebiblioteket, emnebibliotek samfunnsmedisin og folkehelse

Postboks 7004 St. Olavs plass, 0130 Oslo.

Utgiver: Helsebiblioteket, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

<http://www.helsebiblioteket.no/samfunnsmedisin-og-folkehelse>

ISSN 0806 - 7457

Redaktør: Anders Smith, spes. i samfunnsmedisin, M. Sc. E-post: [smi@helsebiblioteket.no](mailto:smi@helsebiblioteket.no). Tlf. 92 89 56 16.

Web-redaktør: Katrine Rutgerson. E-post: [katrine.rutgerson@kunnskapssenteret.no](mailto:katrine.rutgerson@kunnskapssenteret.no)

Trykk: In-trykk AS

Layout: ASAP Media

Distribusjon: Postklart Distribusjon as

Forsiden: Bjørn Lichtwarck. Våken sykehjemslege i Nordland!

# MENINGER & KUNNSKAP

Aslak Bonde, politisk kommentator **Matz Sandman**, skribent **Sanna Sarromaa**, folkevalgt for Venstre i Lillehammer kommune og Oppland fylkeskommune **Cecilia Dinardi**, advokatfullmektig og barnerettsforkjemper **Bjørn Lichtwarck**, sykehjemslege og forsker **Camilla Sørensen Eldsvold**, SV-politiker i Fredrikstad **Erik Annå**, professor i statsvitenskap ved Örebro universitet **Børre St. Børresen**, rektor i Frana **Sigrd Stokstad**, forsker

Vi trenger

## TVERR- FAGLIGE TEAM

i primærhelsetjenesten, men er fastlegene glemt?



ILLUSTRASJON: SVEN TVEIT

# Fastlegene må med



**Kronikk**  
**Bjørn**  
**Lichtwarck**

bjornlc@online.no

**Regjeringen la 7. mai fram stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten. Forslaget om å opprette tverrfaglige team har fått mye oppmerksomhet. Teamene skal bestå av blant andre leger, sykepleiere, fysioterapeuter og psykologer, og presenteres som ministerens forslag for å unngå en oppsplittet tjeneste basert på yrkesgrupper og diagnoser.**

Dette kan være et godt forslag under visse forutsetninger. Et hovedproblem med stortingsmeldingen er at fastlegenes sentrale rolle i primærhelsetjenesten ikke er løftet fram. Uten at fastlegen har en sentral rolle i dette arbeidet, risikerer vi - stikk i strid med intensjonen i meldingen - å se framveksten av et mer fragmentert og uoversiktlig helsevesen.

**Det er bekymringsfullt** at meldingen ikke viser noen ambisjoner for legetjenesten i kommunene. Fastlegen representerer kontinuitet og personlig ansvar i oppfølgingene av

hele pasienten. Det har vært ett av suksesskriteriene med fastlegeordningen.

Som tidligere fastlege og nå lege i spesialisthelsetjenesten innen alderspsykiatrien, ser jeg daglig betydningen av fastlegen som én av de viktigste faglige medspillerne vi trenger rundt pasienten. Utfordringen er å knytte fastlegen tettere til den øvrige helse- og omsorgstjenesten.

Demensteam er i dag opprettet som tverrfaglige team i mange kommuner. Samhandlingen om pasienter med demens mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten opplever jeg betydelig enklere og med bedre kvalitet i de kommunene som har demensteam.

I en **evalueringsrapport** om demensteamene har man høstet erfaringer med ulike former for deltagelse og samarbeid med fastlegen. I én av modellene for organisering var en fastlege ansatt på deltids som rådgiver for teamet, og fungerte som bindeledd mot de øvrige fastlegene. I disse teamene oppnådde man bedre resultater når det gjaldt utredning og diagnostisering enn teamene uten fastlege som deltok.

Demensteamene som tverrfaglige team ble opprettet først og fremst fordi demenssykdommene utgjør den største sykdomsgruppen både i sykehjem og blant hjemmeboende tjenestemottakere.

En annen viktig årsak var at al-

### Pasientene skal slippe en jungel av ulike aktører som hver for seg bare er opptatt av sin lille del av dem

Bjørn Lichtwarck er lege med spesialkompetanse på alders- og sykehjemsmedisin

vorlig mental svekkelse gjør pasienten ekstra sårbar, og medfører at vedkommende selv ikke er i stand til å kreve eller oppsøke helt nødvendige helse- og omsorgstjenester.

Det er fortsatt betydelig underdiagnostisering av demens, og oppfølgingen er svært variabel. Derfor trenger vi fortsatt demensteamene. Det er mulig disse kan utvikles til å arbeide bredere og bli alderspsykiatriske team som også kan bistå med utredning og oppfølging av eldre pasienter med andre psykiatriske lidelser.

Eldre pasienter med depresjon er en slik gruppe som i dag ikke gis tilstrekkelig tilbud om utredning, behandling og oppfølging. Dette er ikke mulig uten at det gis tilstrekkelig ressurser til det. Dette sier meldingen lite om.

I **nevnte rapport om demensteamene** i kommunene erfarte man at det krever økte ressurser dersom teamene skal fungere optimalt. Kun rundt to tredeler av kommunene hadde gitt teamene fast avsatt tid til sitt arbeid. Resten måtte gjøre dette ved å skyve bort andre oppgaver. Nesten halvparten av disse forteller at det er oppfølgingen av pasienten som da blir nedprioritert. Det er i så fall stikk i strid med intensjonen som ligger bak regjeringens ønske om flere tverrfaglig team.

Primærhelsetjenestens aktører skal først og fremst være generalister. Det sikrer kontinuitet og en mindre oppsplittet helsetjeneste. Det blir lettere å finne fram, sikrer personlig ansvar og gir bedre fag-

lig kvalitet. Dette er godt dokumentert, særlig for fastlegeordningen.

Pasientene skal slippe en jungel av ulike aktører som hver for seg bare er opptatt av sin lille del av dem. Pasienter med demens har for eksempel like hyppig eller hyppigere andre lidelser som kols, diabetes, slitasjegikt, depresjon, hjertesykdom osv. En oppsplitting av tjenestene vil være en alvorlig svekkelse for selve grunntanken om en helhetlig forståelse av pasienten. Derfor kan man ikke opprette team basert på ulike diagnoser eller spesialinteresser hos helsepersonell.

**Tverrfaglige team** etter demensteammodellen bør derfor i første omgang omfatte noen få, utvalgte pasientgrupper som grunnet sin lidelse selv ikke er i stand til å kreve sine rettigheter, til selv å ta kontakt ved sykdom, og som derfor er totalt prisgitt en helse- og omsorgstjeneste som har tilstrekkelig fagkunnskap, vilje og ressurser til å prioritere disse. Det gjelder særlig pasienter med rus- og psykiske lidelser, pasienter i livets sluttfase og alderspsykiatriske lidelser innbefattet demenssykdommer.

Ulike modeller bør testes ut i solide pilotforsøk og evalueres før man går videre. En slik satsing i primærhelsetjenesten vil, som erfaringen med demensteamene viser, kreve økte ressurser.

Teamene må i tillegg ha tilstrekkelig faglig tyngde hvor fastlegen med sin generelle kunnskap om hele pasienten bør ha en sentral rolle.

# Underlig lesning

Kronikk i avisen Varden

Av Gisle Roksund, fastlege, spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin



**Stortingsmeldinger er som regel tungt og kjedelig stoff, og passer vel helst for nerder av ulike slag. De egner seg i hvert fall lite som helgelektyre.**

Men denne våren har Helseministeren levert to viktige meldinger som kan få stor betydning for din og min helse. En om folkehelse og en om primærhelsetjenesten.

For å ta den siste først: Meldingen er et hefte på 169 sider med fagre ord om samarbeid om pasienter med sammensatte behov. I dag er de ulike tjenestene ifølge meldingen preget av silotenkning og dårlig samarbeid. Det er så. Problemet er bare at ministeren anbefaler såkalte primærhelseteam som åpner for nye, profesjonsstyrte silotjenester. Resultatet kan bli en oppsplitting av primærhelsetjenesten, pulverisering av ansvar og en styrt avvikling av fastlegeordningen.

Masse internasjonal forskning har vist at en helsetjeneste som er basert på en god og langvarig relasjon til en fritt valgt allmennlege, gir bedre og mer hensiktsmessig behandling for den enkelte, bedre helse og samlet mye lavere helsekostnader enn en helsetjeneste som er basert på en svak og oppsplittet primærhelsetjeneste.

Fastlegeordningen har gjennom mange år vært blant de mest populære offentlige tilbud vi har, bare slått av folkebiblioteket og Vinmonopolet. Det skyldes nettopp at du selv kan velge en fastlege som du har tillit til, og at du kan få tak i fastlegen når du trenger det. Selv om ministeren selv skryter av fastlegeordningen, omtaler byråkratene som har skrevet stortingsmeldingen, fastlegeordningen nesten utelukkende i negative ordelag.

Det vurderes å etablere primærhelseteam rundt pasienter med sammensatte lidelser uten at fastlegene er med. Da er vi på ville veier. Vi vil få dobbeltarbeid og ansvarsfraskrivelse, og pasienter som virkelig trenger kontakt med fastlegen, risikerer at fastlegen blir fjernere og vanskeligere å få tak i. Pasientene trenger ikke noe nytt glavalag i kontakten med fastlegene.

Fastlegeordningen både kan og bør forbedres på flere områder, men meldingen angir ingen strategi for dette.

Den andre meldingen, Folkehelsemeldingen, er også rikholdig og har i og for seg mange gode forslag. Regjeringen legger stor vekt på tiltak rettet mot individets muligheter til å treffe gode valg vedrørende egen helse. Problemet er bare at det først og fremst er de best stilte som er mest i stand til å dra nytte av slike muligheter. De som sliter mest i livet, har minst rom til å foreta sunne valg. Derfor treffer slike tiltak ofte ikke dem som trenger det mest.

Sosiale ulikheter i helse er en av de største folkehelseutfordringene vi har. Det er ikke beskrevet noen økonomiske utjevningstiltak.

I kjølvannet av Folkehelsemeldingen har Venstre kommet med et vanvittig og pinlig forslag om årlige helsekontroller av alle etter fylte 40 år. Venstres saksordfører forteller at han har klokketro på tall, teknologi, status og systematikk som motivasjonsfaktor for små og store livsstilsendringer. Han mener også at det offentlige trenger slike data for å planlegge ulike typer helsetjenester.

Leder i Legemiddelindustrien, Karita Bekkemellem, var raskt ute med å støtte forslaget fordi vi er mye sykere enn vi vet om. Mange går rundt og er syke uten at de vet det.

Disse forslagene har ingen støtte i uavhengig forskning. Tvert imot viser masse forskning at generelle helsekontroller av friske verken gir reduksjon i sykkelighet eller dødelighet. Det virker bare ikke. Venstre har nok hederlige intensjoner. Men Karita Bekkemellem har interessekonflikter fordi hun vet at dette sannsynligvis vil føre til økt forbruk av forebyggende medisiner.

Vi er vant til at kommersielle aktører overselger effekten av å oppdage sykdom og risikotilstander tidlig. Falsk trygghet er en enkel vare å selge. Men at ikke et ansvarlig politisk parti som Venstre går til uavhengige fagfolk og spør om kunnskapsgrunnlaget før de kommer med slike håpløse forslag, er meg en gåte.

For å si det med Platon: Å være opptatt av helsen er den største hindring for et godt liv. God helg.

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2015 – 39. Stikkord: Fastlegeordningen. Primærhelsetjenesten. Folkehelsemeldingen. Roksund, Gisle.

# Bruk av samfunnsmedisinsk kompetanse i kommunal ledelse



**Red. innledning:** **Dag Helge Rønnevik** som for tiden er kommuneoverlege sammen med Einar Braaten i Øvre Eiker og Nedre Eiker, har søkt om og er i ferd med å etablere et spennende og viktig prosjekt under denne overskriften. Han skriver i sin søknad til Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) ved Universitetet i Tromsø:

Jeg ønsker å se nærmere på hvordan kommunene bruker samfunnsmedisinsk kompetanse, og om det er mulig å påvise forskjeller mellom kommuner på kvalitet i helsetjenestene ut fra hvordan de har rigget seg med tanke på medisinsk faglig rådgiving og samfunnsmedisinsk kompetanse. Jeg ønsker også å se på hvordan dette påvirker rekrutteringen av kommuneoverleger / samfunnsmedisinere til primærhelsetjenesten, og hvilken betydning det har for hvor attraktive og utviklende stillingene oppleves. Noen kommuner har satset sterkt på samfunnsmedisinsk kompetanse og har kommet lengre enn andre f.eks. innen forebyggende og helsefremmende arbeid. Andre kommuner har ikke leger / samfunnsmedisinere med i planlegging på høyt nok nivå som medisinsk faglige rådgivere. Jeg ser for meg en hypotese om at det vil være forskjell på

hvordan disse kommunene klarer å ivareta befolkningen sin, der noen er på etterskudd og reparerer og reparerer mens andre har klart å vri ressursene i retning forebyggende tjenester og tiltak. Dette vil i mine øyne berøre temaet hvordan leger bidrar i ledelsen av primærhelsetjenesten - ut fra et samfunnsmedisinsk ståsted. Det vil også kunne belyse om det er forskjeller på store og små kommuner, eller mellom sentrale kommuner og distriktskommuner. Jeg søker i første omgang om støtte til å utvikle en prosjektbeskrivelse. I prosjektbeskrivelsen vil videre metodiske valg og budsjett for gjennomføring av neste fase bli beskrevet.

Red. kommentar: Vi kommer tilbake til Dag Helge Rønneviks prosjektbeskrivelse når den er klar.

Referansekode i 'Helserådet': OLE 2015 – 5. Stikkord: Samfunnsmedisin. Rønnevik, Dag Helge.

---

## Folkehelsealliansen Nordland

(Red. innledende kommentar: Det er forskjellige organisasjonsformer for interkommunalt samarbeid. I Salten-området har de for mange år siden allerede valgt løsningen med et interkommunalt selskap – IKS. Uaktet organisasjonsform er Salten-samarbeidet et av «flaggskipene i Norge» når det gjelder interkommunalt samarbeid. Det er vel verdt å studere for andre regioner i landet. Og se nedenfor hvilke frukter dette interkommunale samarbeidet har båret!)

*Katalin Nagy, daglig leder, Helse- og miljøtilsyn Salten IKS*

Helse- og miljøtilsyn Salten IKS utfører oppgaver innenfor folkehelse i de 9 kommunene i Salten samt Værøy og Røst i Nordland. Det bor rundt 81 000 innbyggere i disse kommunene, de fleste (50 000) i Bodø. Selskapet har 4 ansatte. I tillegg til våre basisoppgaver knyttet til tilsyn og veiledning innenfor folkehelseloven og tilhørende forskrifter jobber vi en del for å synliggjøre og integrere miljørettet helsevern i kommunenes folkehelsearbeid, planarbeid og ikke minst i forhold til skoler og barnehager.



Regionalt er det også viktig å synliggjøre og ivareta arbeidet med miljørettet helsevern knyttet opp mot andre virksomheter. Da Nordland fylkeskommune for 5 år siden tok et initiativ for å etablere en regional folkehelsealliansen, var det viktig for Helse- og miljøtilsyn Salten å delta med utgangspunkt i våre lovverk og arbeidsoppgaver; Synliggjøre miljørettet helsevern som en del av det regionale folkehelsearbeid, være med og sette dagsorden innenfor folkehelse i Nordland og være pådriver i arbeidet med kriterier for helsefremmende barnehager og skoler i Nordland. Hele Nordland fylke består av totalt 44 kommuner og ca 240 000 innbyggere. Det er store avstander i Salten og enda større i Nordland.

I dag består folkehelsealliansen i Nordland av 28 ulike regionale aktører som ønsker å samarbeide om bedre folkehelse; «*Sammen om et friskt Nordland*». Fylkeskommunen fungerer som sekretariat. Nordland er det første fylket i landet der så mange aktører har samlet seg til et forpliktende helsefremmende og forebyggende arbeid for å sette dagsorden, bidra til at sunne valg gjøres til enkle og naturlige og arbeide for å redusere sosiale ulikheter i helse. Dette skal skje gjennom å stimulere til helsefremmende levevaner og helsefremmende bo- og arbeidsmiljø samt lære-, leke- og fritidsmiljø.



I tillegg forplikter de enkelte aktører seg til å arbeide gjennom egne nettverk og mot egne målgrupper for å nå felles mål. Alliansen ønsker å være en premissleverandør for utforming av politikk, programmer og tiltak for å fremme helsen til Nordlands befolkning. Det er utarbeidet en samarbeidserklæring som alle forplikter seg gjennom.

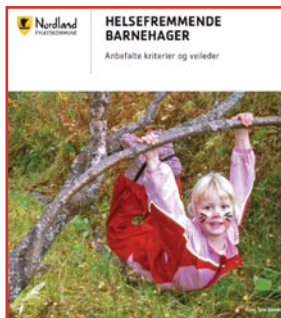
Det er også utarbeidet en handlingsplan med følgende 4 prioriterte resultatområder:

- Helsefremmende barnehager
- Helsefremmende skoler
- Helsefremmende og inkluderende arbeidsplasser
- Helsefremmende bo- og nærmiljø

Det er et ønske at det skal utarbeides landsomfattende kriterier med veileder for helsefremmende barnehager og helsefremmede skoler, men i påvente av dette har alliansen utarbeidet egne slike. De er sendt ut til alle kommunene og det vil gjennomføres kurs mot kommunene.

Det er viktig for oss at miljørettet helsevern inkluderes i folkehelsebegrepet på alle nivåer. I arbeidet med helsefremmende skoler og barnehager er det forutsetning at disse virksomhetene skal være godkjent etter forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler før de kan kalle seg helsefremmende i tråd med de kriteriene som er satt opp.

### Helsefremmende barnehager



God helse er viktig for barns utvikling og evne til mestring. Barnehagene er en viktig arena for god helseutvikling. Bygger på FNs barnekonvensjon, barnehageloven, folkehelseloven og gjeldende forskrifter for barnehager. Barnehagen er godkjent etter forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler.

**Formål: Helsefremmende arbeid i barnehagene skal bidra til god helse, trivsel og gode holdninger for barn og ansatte**

1. Helsefremmende arbeid er forankret i barnehagen
2. Barnehagen arbeider systematisk for å fremme psykisk helse og godt psykososialt miljø
3. Alle barna er fysisk aktive minst 90 minutter hver dag
4. Nasjonale retningslinjer for mat og måltider i barnehagen følges
5. Barnehagen er tobakksfri
6. Barnehagen har fokus på god hygiene
7. Barnehagen bidrar til at barna erfarer og lærer hva som er helsefremmende
8. Barnehagen har godt samarbeid med foresatte og tverrfaglige tjenester etter behov
9. Barns medvirkning vektlegges
10. Barnehagen arbeider systematisk med ulykkesforebyggende arbeid

### Helsefremmende grunnskoler



God helse er viktig for barns utvikling og evne til mestring og læring. Skolen er viktig for å bygge gode levevaner i tidlig alder. Grunnlaget for kriteriesettet bygger på FNs barnekonvensjon, opplæringsloven, folkehelseloven og gjeldende forskrifter for skoler. Skolen er godkjent etter forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler.

**Formål: Helsefremmende arbeid i skolene skal bidra til god helse, trivsel, læring og gode holdninger for elever og ansatte**

1. Helsefremmende arbeid er forankret i skolen
2. Skolen arbeider systematisk for å fremme psykisk helse og godt psykososialt miljø
3. Alle elever er fysisk aktive minst 60 minutter hver dag
4. Nasjonale retningslinjer for skolemåltidet følges
5. Skolen er tobakks- og rusfri
6. Skolen har en tilfredsstillende tverrfaglig skolehelsetjeneste
7. Skolen har gode rutiner for samarbeid med og medvirkning fra elever og foresatte
8. Skolen gir opplæring i levevaner og har arbeidsmåter som fremmer helse
9. Skolen samarbeider med andre instanser
10. Skolen arbeider systematisk med sikkerhetsfremmende og ulykkesforebyggende arbeid

#### Medlemmer i folkehelsealliansen i Nordland:

Arbeidstilsynet Nord-Norge, Diabetesforbundet Nordland, Forum for natur og friluftsliv Nordland, Friluftsrådene i Nordland, Fylkesmannen i Nordland, Helgelandssykehuset, Helse Nord RHF, Helse- og miljøtilsyn Salten IKS, Høgskolen i Narvik, Høgskolen i Nesna, Husbanken Bodø, KS Nordland, Kreftforeningen i Nord-Norge, LO Nordland, Mental Helse Nordland, Nasjonalforeningen for folkehelsen Nordland, NAV Nordland, NHO Nordland, Nordland fylkeskommune, Nordland Idrettskrets, Nordland Legeforening, Nordland Røde Kors, Nordlands-sykehuset HF, Private Barnehagers Landsforbund, Statens vegvesen, Statskog, Trygg Trafikk Nordland, Universitetet i Nordland Sekretariat og pådriver: Nordland fylkeskommune

Se også : <http://hmts.no/Folkehelsealliansen>

Referansekode i 'Helserådet': MET 2015 – 20. Stikkord: Folkehelsealliansen Nordland.

# Planlegging av grønnstruktur i byer og tettsteder

Miljødirektoratet har utarbeidet en veileder om planlegging av grønnstruktur i byer og tettsteder. Veilederen beskriver hvordan grønnstrukturen bør ivaretas og videreutvikles gjennom kommunenes arealplanlegging etter plan- og bygningsloven.

Den legger til grunn at hovedgrønnstrukturen i byggesonen fastlegges i kommuneplan. Den gir råd om planformer og oppfølging gjennom reguleringsplaner, handlingsplaner og tiltak og gjennomgår aktuelle arealformål.



Veilederen er illustrert med en rekke planeksempler, bl.a. fra Oslo og Orkdal.

Veilederen erstatter håndbok nr. 6-1994: Planlegging av grønnstruktur i byer og tettsteder og håndbok nr. 23-2003: Grønn by; arealplanlegging og grønnstruktur.

**Type:** Veileder. **Nummer:** M-100. **Språk:** NB

**Publisert:** 31.10.2014. **Opphav:** Miljødirektoratet. **Omfang:** 104 sider

Du kan laste ned hele dokumentet ved å gå inn på eller klikke på <http://www.miljodirektoratet.no/Documents/publikasjoner/M100/M100.pdf>.

Referansekode i 'Helserådet': HPL 2015 – 9. Stikkord: Grønnstruktur.



Kommunesektorens organisasjon

## PLANFAGLIGE RÅD

Planfaglige råd er en notatserie som utarbeides i samarbeid mellom fylkeskommunene som planfaglig veileder, KS og Forum for kommunal planlegging (FKP). Hensikten med notatserien er å gi planfaglig påfyll til bruk i på regionale plansamlinger og i løpende veiledning ovenfor kommunene.

Se også [kommunestyret som arealplanmyndighet](#) som er en direkte klikkbar lenke til et nyttig debatthefte.

Referansekode i 'Helserådet': HPL 2015 – 7. Stikkord: Arealplanlegging.

**Forskning.no 26.3.2015:**

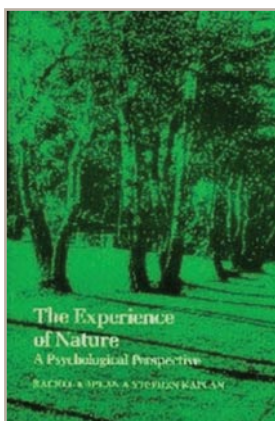
## Folk blir friskere av grønn utsikt

Bare det å se ut på grønne områder hjelper på helsa. NMBU-rector Mari Sundli Tveit anbefaler boka som gir oss forklaringen på hvorfor.

Mari Sundli Tveit er ny rektor på Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU). Og med sine 40 år er hun den yngste universitetsrektoren i landet.

Hun startet ut som naturforvalter. Den utdanningen tok hun over hele Norge – i Tromsø, i Bergen og til slutt på Ås.

Da doktorgraden sto for tur, ble hun på Ås, men hoppet over fra naturforvaltning til Institutt for landskapsplanlegging. Faget var fortsatt landskapsøkologi, men nå med oppmerksomheten mer rettet mot menneskets forhold til landskap.



Hva er den beste fagboka du har lest?

– Jeg kunne ha nevnt mange bøker, men det er vanskelig å komme utenom Rachel og Stephen Kaplans *Experience of Nature*, Cambridge University Press 1989..

– Boka handler om hvordan vi mennesker oppfatter naturen og landskapet, og preferanser for ulike landskap og landskapselementer. Den bidro sterkt til å trekke meg inn i landskapsforskning og studier av hvordan omgivelsene påvirker mennesker.

– Omgivelsene påvirker helsen vår, både fysisk og psykisk. Det finnes mye forskningsbasert dokumentasjon på hvordan det skjer, ofte på mer direkte måter enn man tror. Det gir positive helseeffekter bare å ha utsikt til grønne miljøer. Kjente effekter er raskere bedring etter stress og mental utmattelse, raskere rekonvalesens på sykehus og mindre aggresjon i fengsler.

Se hele artikkelen fra Forsknikng.no ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/kulturlandskap-okologi-boker-forskningsformidling/2015/03/naturen-gjor-menneskene-friskere> .

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2015 – 28. Stikkord: Grønn utsikt. Landskapsøkologi.

*Fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet:*

## Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging

Vedtatt ved kongelig resolusjon 12. juni 2015

Brosjyre/Veiledning | Dato: 12.06.2015

For å fremme en bærekraftig utvikling skal regjeringen hvert fjerde år utarbeide nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging. Dette går frem av plan- og bygningsloven § 6-1. De nasjonale forventningene skal legges til grunn for de nye fylkestingenes og kommunestyrenes arbeid med regionale og kommunale planstrategier og planer.



De nasjonale forventningene skal også legges til grunn for statlige myndigheters medvirkning i planleggingen. Oppfølging fra alle parter vil bidra til bedre sammenheng mellom nasjonal, regional og kommunal planlegging, og gjøre planleggingen mer forutsigbar og målrettet.

De nasjonale forventningene samler mål, oppgaver og interesser som regjeringen forventer at fylkeskommunene og kommunene legger særlig vekt på i planleggingen i årene som kommer. Forventningsdokumentet er retningsgivende for regional og kommunal planlegging. Fylkeskommunene og kommunene har ansvar for å finne helhetlige løsninger, der lokale forhold og lokalpolitiske interesser og hensyn ivaretas, sammen med nasjonale og viktige regionale interesser.

Forventningsdokumentet er ikke uttømmende for alle oppgaver og hensyn som kommunene og fylkeskommunene skal ivareta etter plan- og bygningsloven. Dokumentet må derfor sees i sammenheng med gjeldende regelverk og veiledning.

Første del av dokumentet omhandler gode og effektive planprosesser. Andre del omhandler planlegging for bærekraftig areal- og samfunnsutvikling generelt. Tredje del omhandler planlegging for attraktive og klimavennlige by- og tettstedsområder spesielt.

Alle lenkene nedenfor er direkte klikkbare.

### Bokmål:

[Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging \(pdf\)](#)

### Nynorsk:

[Nasjonale forventningar til regional og kommunal planlegging \(pdf\)](#)  
[Kommunal- og moderniseringsdepartementet](#)



## Relatert

- [Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging](#)
- [Forventer raskere plan- og byggeprosesser i kommunene](#)

## Dokumentet erstatter

- [T-1497 Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging](#)

Referansekode i 'Helserådet': HPL 2015 – 8. Stikkord: Regional planlegging. Kommunal planlegging.

## Omtale av Cochrane-oversikt:

# Trolig slutter flere å røyke etter motiverende intervju

Publisert 24.03.2015

Dalsbø TK, Fønhus MS. Trolig slutter flere å røyke etter motiverende intervju. Omtale av Cochrane-oversikt - 2015.

**Motiverende intervju fører trolig til at flere slutter å røyke enn om man tilbyr personer som røyker kortvarig rådgivning eller vanlig oppfølging. Det viser en ny Cochrane-oversikt.**

## Hva sier forskningen?


I systematiske oversikter forsøker man å samle all forskning som er gjort på en problemstilling. I denne systematiske oversikten har forfatterne samlet forskning om og vurdert effekt av motiverende intervju for personer som røyker. Motiverende intervju har som formål å øke bevissthet om motivasjon gjennom en strukturert samtale med en terapeut. Mange som røyker har motstridende tanker og følelser om å slutte å røyke. Denne formen for intervju skal øke den indre motivasjon for å endre atferd som kan fremme bedre helse. Noen av personene som røyker fikk korte møter på inntil 10 minutter mens andre fikk lengre rådgivningsmøter med motiverende intervju i opptil én time. Antall møter varierte fra én til seks ganger. Resultatene for personene som fikk motiverende intervju ble sammenliknet med resultatene for personer i en kontrollgruppe som fikk vanlig oppfølging ('usual care') eller kortvarig rådgivning ('brief advice').

Forfatterne fant at:

- motiverende intervju trolig fører til at flere slutter å røyke. Vi har middels tillit til resultatet.

Tilliten til resultatet angir hvor sannsynlig det er at forskningsresultatet ligger nær den sanne effekt. Jo større tillit, desto sikrere kan vi være på at resultatet ligger nær den sanne effekt.

## Resultattabell

Resultater: hva skjer?	Vanlig oppfølging eller kortvarig rådgivning	Motiverende intervju	Tillit til resultatet
<b>Røykeslutt</b> Motiverende intervju fører trolig til at flere slutter å røyke	104 per 1000	131 per 1000 (121 til 142 per 1000)*	 Middels

\* Tallene i parentes viser feilmarginen - et mål på hvor usikkert resultatet er på grunn av tilfeldigheter. Den angir hvor rimelig det er å anta at resultatene ikke bare gjelder for dem som ble undersøkt akkurat her, men også for alle andre liknende personer. Det er rimelig å anta at resultatet i 95 av 100 tilfeller vil ligge innenfor den oppgitte feilmarginen.

## Bakgrunn

Rundt 13 prosent av den norske befolkningen (rundt 400.000 personer) mellom 16 og 74 år røykte daglig i 2014 (Statistisk sentralbyrå). I tillegg er det rundt ni prosent som røyker av og til. I løpet av de siste ti årene har andelen som røyker daglig blitt halvert fra 26 til 13 prosent. Røyking er sterkt avhengighetsskapende. Personer som forsøker å slutte å røyke må samtidig forholde seg til fysiske, psykiske og atferdsmessige sider av avhengigheten og påfølgende abstinenssymptomer.

Å røyke øker risikoen for å utvikle en rekke sykdommer som kreft, lungesykdommer og hjerte-kar sykdommer, med påfølgende økt risiko for tidlig død. Hvor mange som dør av røyking i Norge registreres ikke, men det finnes ulike beregninger av hvor mange som dør av røyking. I følge utregninger fra Folkehelseinstituttet fra 2003 kunne 6 700 dødsfall i året tilskrives røyking i Norge.

## Hvorfor motiverende intervju?

Det finnes en rekke veldokumenterte tiltak for å få personer til å slutte å røyke. De vanligste formene er psykologiske tiltak, psykoterapi eller medikamentelle tiltak som ulike nikotinerstatningspreparater. Motiverende intervju, også kalt motiverende samtale, retter oppmerksomhet mot motivasjonen for å slutte å røyke sammenliknet med motivasjonen for å fortsette. Intervjuet har som formål å øke bevissthet om motivasjon gjennom en strukturert samtale med en terapeut. Flere som røyker har motstridende tanker og følelser om å

slutte å røyke. Denne formen for intervju er personsentrert og strukturert og skal øke den indre motivasjon for å endre atferd som kan fremme bedre helse. Grunnlaget og prinsippene som motiverende intervju bygger på, er utviklet av den amerikanske psykologen William Miller.

### Hva er denne informasjonen basert på?

Forfatterne av Cochrane-oversikten gjorde systematiske søk i aktuelle forskningsdatabaser i august 2014, og fant 28 studier med til sammen 16 803 personer som røykte, som de inkluderte i oversikten. Dette er 14 flere studier enn i den forrige oversikten om motiverende intervju som ble publisert i 2010. To av studiene inkluderte personer som brukte røykfri tobakk ('smokeless tobacco') og som var i militæret. Studiene var utført i England, Spania, Sverige, Brasil, Sør-Afrika og USA (23). Lege, sykepleier eller rådgiver gjennomførte det motiverende intervjuet. Oppfølgingstider varierte, men effektestimater på lengre sikt (mer enn seks måneder) ble satt sammen i meta-analysen. Det ble også utført en rekke subgruppe-analyser for å se om effekten kunne forklares ut fra ulike forhold relatert til måten tiltaket ble gitt eller hvem som ga tiltaket. Disse funnene ble ikke kvalitetsvurdert av oversiktsforfatterne og er ikke presentert i denne omtalen. To av studiene så på kostnadene.

### Kilde

Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 3. Art. No.: CD006936. DOI: 10.1002/14651858.CD006936.pub3.

[Hele oversikten i Cochrane Library](#) (direkte klikkbar lenke)

Referansekode i 'Helserådet': TOB 2015 – 20. Stikkord: Røykeslutt.

**DAGENS**  
**Medisin**

Oppdatert 19.03.15 Nyheter

## Fant at reklamefrie røykpakker kan ha effekt

Flere prøver å slutte å røyke etter at reklamefrie røykpakker ble innført i Australia, viser ny studie.

Australia var det første landet som innførte nøytrale røykpakker i slutten av 2012.

### Vil ha nøytral emballasje også i Norge

De nye emballasjen har ingen reklame, men er bare merket med helseadvarsler. Nå viser en [ny studie](#) (klikkbar lenke) at de nye røykpakkene kan ha en effekt, sammenlignet med pakker med merke-reklame.

– Allerede etter ett år gir tiltaket med nøytral emballasje effekt. Jeg tenker at andre land som vurderer å innføre dette ikke bør vente, men bør handle nå, sier professor Melanie Wakefield ved Cancer Council Victoria i Australia, i en pressemelding.

[Helse – og omsorgsdepartementet har foreslått at all tobakk som selges i Norge skal ha standardisert og reklamefri emballasje.](#) (klikkbar lenke)

[Forslaget](#) (klikkbar lenke) er sendt på høring.

### Reduserer villedning

Wakefield peker på at i tillegg til at den nøytrale emballasjen reduserer appellen til tobakksvarene og øker effektiviteten av helseadvarsler, har den også en annen rolle:

– Den nøytrale emballasjen reduserer tobakksindustriens evne til å bruke pakkene for å villed forbrukerne om skadene av røyking.

Personer som røyker tenker nå oftere på å slutte og prøver oftere å slutte, enn før de nye pakkene ble innført, ifølge studien.

Budskapet om at røyk er farlig, bekymrer også flere etter at emballasjen ble endret, kom det fram.

### Reduserer appell

Funnene i studien viser også at den nye emballasjen reduserer røykpakkenes appell overfor røykerne, særlig gjelder dette overfor ungdom og unge voksne.

Den nøytrale innpakningen fører også til at de som røyker tenker oftere på at de vil slutte å røyke, og gjør oftere forsøk på å slutte å røyke, ifølge studien.

Studien gir ingen funn som tyder på at salget av illegal tobakk har økt etter at myndighetene innførte de nye reglene for røykpakkene.

### Intervjuet 10.000 personer

I studien ble 10.308 personer intervjuet per telefon i årsskiftet 2012 og 2013 da de reklamefrie pakkene akkurat hadde kommet på markedet. Studiedeltakerne ble intervjuet på nytt ett år senere.

*Fra Forskning.no 26.3.2015:*

## Behovet for skadereduksjon på tobakksområdet

Av: Karl Erik Lund, Dr. Polit og forskningsleder ved SIRUS (2015)

I forbindelse med Folkehelsemeldingen 2015 sendte Helse- og omsorgsdepartementet ut en bred invitasjon til å komme med innspill. På departementets nettsider ble det opplyst at 'helsevennlige valg' ville bli ett av tre innsatsområder i den forestående meldingen. «Vi trenger dine innspill på hvordan vi kan gjøre det enklere å motivere folk til å ta de sunne valgene, slik at vi kan hindre at folk dør for tidlig og blir unødvendig syke?» var oppfordringen på departementets nettside (<http://folkehelsemelding.regjeringen.no/>). I et innspill til departementet fra Statens Institutt for Rusmiddelforskning (SIRUS) drøftet forskningsleder Karl Erik Lund hvordan skadereduksjon på tobakksområdet ville kunne fremme 'helsevennlige valg', men samtidig utfordre viktige prinsipper i det sykdomsforebyggende arbeidet. Forebygging.no har fått anledning til å publisere en bearbeidet versjon av innspillet fra Lund og SIRUS.

Det er framveksten av elektroniske sigaretter som har intensivert debatten om skadereduksjon bør være et supplement til den tradisjonelle tobakkspolitikken.

Se hele artikkelen som i noe bearbeidet form er gjengitt på Forskning.no ved å gå inn på eller klikke på <http://forebygging.no/Kronikker/-2015/Behovet-for-skadereduksjon/>.

Referansekode i 'Helserådet': TOB 2015 – 21. Stikkord: e-sigaretter.

---

*Forskning.no 25.3.2015:*

## Syklar dobbelt så mykje med elsykkel

Elsyklar gjer at folk syklar meir og lenger. Effekten er størst for kvinner.

En artikkel fra  
[KILDEN Informasjonssenter for kjønnsforskning](#) (direkte klikkbar lenke)

Nordmenn er blant dei ivrigaste sykkelkjøparane i verda. Likevel syklar vi ikkje så mykje til kvardags. Når vi skal til og frå jobb, eller følgje ungane på fotballtrening, er bilen som regel førstevallet. Berre fem prosent av alle reisene nordmenn gjer, skjer på sykkel.

Sykling skal vere bra, både for helsa og miljøet. I Noreg, som i mange andre land, er det difor eit politisk mål å auke sykkelbruken. No kan styresmaktene ha fått ein viktig alliert: elsykkelen.

### Dramatiske endringar

Ny forskning viser nemleg at elsykkelen fører til dramatiske endringar i transportvanene.

Med elsykkel rekk ein over større avstandar på kortare tid, utan å bli svelt, fortel forskar Aslak Fyhri.

– Elsykkelen gjer at folk syklar dobbelt så mykje som på ein vanleg sykkel – både målt i kilometer, turar og som del av den totale transporten, seier forskar Aslak Fyhri ved Transportøkonomisk institutt (TØI).

Han har forska på korleis folk brukar elsykkelen og kva for potensial den har for å redusere talet på bilreiser.

Effekten av å ha ein elsykkel var spesielt sterk for kvinner.

– Dei tok langt fleire turar på elsykkelen samanlikna med mennene. Mennene på si side, sykla gjerne lengre turar enn kvinnene når dei først var i gang, seier Fyhri.

Se hele artikkelen fra Forskning.no ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/klima-transport-teknologi/2015/03/elsyklar-til-folket-gir-meir-sykling>.

Referansekode i 'Helserådet': FYS 2015 – 13. Stikkord: el-sykkel.

---

Til landets fylkesmenn  
Til rådmennene i norske kommuner

Deres ref.:  
Vår ref.: 09/7924-70  
Saksbehandler: Anders Smith  
Dato: 22.05.2015

### **Krav om innhenting av vurdering fra akkreditert inspeksjonsorgan– eiere av luftskrubbere og kjøletårn**

Etter det store utbruddet av legionella-infeksjoner i Østfold i 2005 er det kommet nye bestemmelser i forskriftsverket for miljørettet helsevern, nå hjemlet i Folkehelseloven.

I henhold til kapittel 3a i Forskrift om miljørettet helsevern skal bl. a. kjøletårn og luftskrubbere planlegges, bygges, tilrettelegges, drives og avvikles slik at hele innretningen, alle tilhørende prosesser, og direkte og indirekte virkninger av disse, gir tilfredsstillende beskyttelse mot spredning av Legionella via aerosol. For kjøletårn, luftskrubbere, befukningsanlegg og innendørs fontener, skal det minst hver måned utføres mikrobiologisk prøvetaking, med mindre det kan dokumenteres at vekst og spredning av Legionella ikke vil kunne forekomme.

Virksomheter med kjøletårn og luftskrubbere har meldeplikt til kommunen

- a) ved første gangs oppstart, vesentlige utvidelser eller endringer og
- b) når det er grunn til å tro at det foreligger alvorlig feil ved kjøletårn eller luftskrubber som kan medføre spredning av legionellasmitte.

Virksomheter skal i forbindelse med melding etter bokstav a) ovenfor og deretter normalt hvert femte år, legge frem for kommunen en vurdering av innretningen fra et akkreditert inspeksjonsorgan.

Virksomheter som var etablert og i drift pr. 1. januar 2014, skal legge frem en vurdering fra et slikt inspeksjonsorgan innen 1. januar 2016. Kommunen kan etter søknad dispensere fra denne tidsfristen med inntil 6 måneder.

Kommunen kan kreve fremlagt ny vurdering av innretningen fra akkreditert inspeksjonsorgan i tilfelle som nevnt etter bokstav b) ovenfor og som en del av gransking etter folkehelseloven § 13 annet ledd.

Med akkreditert inspeksjonsorgan menes inspeksjonsorgan som er akkreditert av Norsk akkreditering eller annet anerkjent akkrediteringsorgan som har undertegnet de relevante multilaterale avtaler for gjensidig internasjonal anerkjennelse, og som er etablert i et EU-/EØS-land. Se forskriftens kapittel 3, §11.d

For tiden er det ingen akkrediterte inspeksjonsorganer i Norge som tilbyr inspeksjoner av kjøletårn og luftskrubbere. Dersom noen organisasjoner i framtiden vil få denne

#### **Helsedirektoratet - Divisjon folkehelse**

Avdeling miljø og helse  
Anders Smith, tlf.: 24163538

Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf.: 810 20 050  
Faks: 24 16 30 01 • Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

typen akkreditering, vil dette publiseres på Norsk akkrediterings hjemmesider: [www.akkrediter.no](http://www.akkrediter.no).

I enkelte andre EU-/ EØS- land finnes det organisasjoner som er akkreditert etter ISO 17020 for denne typen inspeksjoner. En foreløpig undersøkelse viser at noen av disse organisasjonene kan påta seg oppdrag i Norge. Eiere av anlegg som er underlagt inspeksjonsordningen anbefales å undersøke på den europeiske akkrediteringsorganisasjonens hjemmesider (<http://www.european-accrreditation.org/ea-members#1>) for å finne frem til hvilke land som har akkrediterte inspeksjonsorgan som utfører denne typen inspeksjoner.

Omkostninger forbundet med vurdering fra akkreditert inspeksjonsorgan betales av virksomheten, d.v.s. den som eier eller har ansvaret for et kjøletårn eller en luftskrubber.

Helsedirektoratet forutsetter at kommunen har oversikt over virksomheter med kjøletårn og luftskrubber innenfor sitt geografiske område, jf. meldeplikten for disse etter forskriften § 11c. Vi ber derfor kommunene om å informere de aktuelle virksomhetene i nødvendig grad og på hensiktsmessig måte.

Vennlig hilsen

Jakob Linhave e.f.  
avdelingsdirektør

Anders Smith  
fylkeslege

*Dokumentet er godkjent elektronisk*

Kopi:  
Helse- og omsorgsdepartementet, Ragnhild Spigseth

## Røykplager fra naboer i boligområde

Helsedirektoratet mottok for en tid siden henvendelse fra en beboer i et borettslag med spørsmål knyttet til sjenerende tobakksrøyk fra leilighet. Nedenfor gjengis deler av svaret til brevskriveren, forfattet av Morten Frantze som er jurist i Avdeling miljø og helse.

Helsedirektoratet har ikke myndighet til å løse konflikter og enkeltsaker av bl.a. den art du tar opp. Vi gir generelle, rådgivende uttalelser innenfor vårt mandat og faglige kompetanseområde. Dessuten iverksetter vi statlig politikk i samforstand med Helse- og omsorgsdepartementet.

Allmennhetens vern mot tobakksrøyk omfattes av lov om vern mot tobakkskader (lov 1973 nr. 14) og i prinsippet av den mer generelle lov om folkehelsearbeid (lov 2011 nr. 29). Dette notat omhandler først og fremst den generelle folkehelseavgivningen, kortfattet.

Kommunen fører etter folkehelseloven § 9 tilsyn med de faktorer og forhold i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen (miljørettet helsevern). Etter § 14 kan kommunen pålegge forhold ved en eiendom eller virksomhet i kommunen rettet hvis forholdet direkte eller indirekte kan ha negativ innvirkning på helsen. «Retting kan bare kreves dersom ulempene ved å foreta rettingen står i rimelig forhold til de helsemessige hensyn som tilsier at forholdet rettes.» Kommunen har også en veiledende funksjon overfor befolkningen innen miljørettet helsevern.

Da Helsedirektoratet ikke har kapasitet til å veilede den enkelte i særlig grad, er det avgjørende at befolkningen først og fremst henvender seg til kommunen for råd mv, eventuelt deretter til Fylkesmannen. Saker om miljørettet helsevern er ofte lokalt preget, noe som gjør

kommunen bedre kompetent enn regionale og nasjonale myndigheter. For øvrig arbeider vi med å gjøre viktig rådgivning herfra tilgjengelig på våre hjemmesider på internett.

Vi har forståelse for at sigarettøyk o.l., der det faktisk forekommer, kan være til plage eller sjenanse for berørte deler av befolkningen. Videre viser vi til forskning om (folke)helsemessige aspekter ved røyking. Helsedirektoratet deltar sammen med frivillige organisasjoner og andre i bredt, holdningsskapende arbeid for å fremme helse og trivsel for den enkelte samt gode sosiale og miljømessige forhold. Helseskade og hygieniske ulemper ved tobakksrøyking er en del av bakgrunnen for det holdningsskapende arbeidet. En del er oppnådd gjennom lovgivning, jf. lov om vern mot tobakkskader og lov om helsetjenesten i kommunene (kapitlet om miljørettet helsevern fra 1988) som nå er videreført ved folkehelseloven.

Ved lov eller lovhjemlet forskrift å forby tobakksrøyking i eget hjem – som ikke har andre funksjoner enn privat hjem - vil av allmennheten lett kunne oppfattes som et uforholdsmessig inngrep. Selv om et slikt forbud skulle bli vedtatt, ville det bli meget vanskelig eller umulig å føre tilsyn med det. Forbudet ville kunne få preg av symbollovgivning, og bare det.

Du spør i mailen bl.a. hva man kan gjøre for å endre «slik vanvittig lovgivning», altså for bedre å verne den som utsettes for sigarettøyk. Vi kan neppe besvare dette annerledes enn ved å henvise til interesseorganisasjoner og andre som arbeider for folkehelsen, generelt eller mer konkret.

Ved utleie av bolig kan utleier og leietaker inngå avtale om røykeforbud i utleieboligen i leietiden, jf. husleielovens basisregulering. Eier av bolig kan i kraft av sin eiendomsrett forby røyking i den boligen han/hun leier ut. Boligsameier kan vedta røykeforbud etter de regler som gjelder etter lovgivning, avtale og vedtekter mv for det aktuelle sameiet.

Hvorvidt kommunen med hjemmel i rettingsbestemmelsen i folkehelseloven § 14 kan kreve at en utleier eller et boligsameie nedlegger røykeforbud i (utleie)leilighetene, er av flere grunner tvilsomt. Kommunens myndighet innen miljørettet helsevern begrenses av forholdsmessighetsprinsippet. Dette innebærer at hensyn både for og mot et mulig vedtak må veies før man konkluderer. Flere ulike faktorer vil kunne være relevante i en slik vurdering av røyking i boligområde: omfanget av tobakksrøyking og dermed sammenhengende ulemper, uhelse eller risiko for dette (statisk og dynamisk), antall plagede, alternative muligheter for å røyke, miljøet i boligsameiet totalt sett mv. Også vanskene ved å føre tilsyn med at røykeforbudet overholdes, kan spille inn i vurderingen av om slikt vedtak bør treffes. Videre må vurderes om et påbud overfor en utleier eller et boligsameie om å nedlegge røykeforbud i realiteten innebærer en forskrift overfor beboerne. Kommunen har ikke hjemmel for å fastsette forskrifter etter folkehelselovens generelle regler. Det kan spørres om det er rimelig at manglende statlig lov- eller forskriftsregulering i slike tilfeller kompenseres gjennom kommunale vedtak fattet av folkehelsemyndigheten.

Boligsameiets art vil også ha betydning. Dersom boligsameiet ikke gjennom lovgivning eller vedtekter har myndighet til å forby røyking blant beboerne, f.eks. i selveierleiligheter, vil det ikke ha noen hensikt å gjøre sameiet til adressat for et kommunalt rettingsvedtak om røyking. Kommunale vedtak overfor de enkelte beboere direkte, med separat klageadgang, vil være helt upraktisk. Ditto vedtak overfor alle beboere av et leilighetskompleks vil være forskrifter, se over.

Ut fra den korrespondanse du har innsendt hit, forstår vi at du leier bolig av OBOS, og at det også røykes utendørs rett under ditt vindu. Det fremgår at du uten positivt resultat har foreslått alternativ praksis for røyking i boligområdet, bl.a. ved at andres røyking og utlufting begrenses til forsiden av huset og du lufter på baksiden. Dette er slikt som lokal instans (OBOS eller eventuelt kommunen) bedre kan vurdere enn vi. Men generelt vil vi mene at beboeres/ allmennhetens røyking utendørs til sjenanse for personer som oppholder seg i tilstøtende eller nærliggende private leiligheter lettere bør kunne reguleres enn røyking innendørs i private hjem. Vi tenker her på at utleier eller boligsameie kan sette opp skilt med «Røyking forbudt» i f.eks. bakgårder, hage- eller parkområder, eller deler av slike, som eies av utleier/sameiet. Likeså bør røyking i korridorer og andre fellesrom innendørs kunne reguleres av utleier eller sameiet uten store problemer.

Kommunen kan videre fatte rettingsvedtak etter folkehelseloven for å få utleier eller boligsameie til å utbedre ventilasjonsanlegg eller andre forhold slik at røyking i én leilighet ikke er til sjenanse for beboer i en annen leilighet i komplekset. Også i forbindelse med slike rettingsvedtak gjelder riktignok forholdsmessighetsprinsippet. Men utbedring av ventilasjonsanlegg berører ikke beboerne personlig på samme måte som et røykeforbud i egen bolig. I forholdsmessighetsvurderingen vil det være momenter av betydning at en eller flere personer er eller kan bli helsemessig rammet av status quo, og at andre mer inngripende tiltak er vanskelige å iverksette. Vi er enige i at for enkeltindividet kan det å flytte være et drastisk tiltak med usikkert utfall av flere grunner. Integrasjon har på den annen side hatt faglig og politisk vind i seilene.

Helsedirektoratet har for øvrig uttalt at rettingsvedtak etter konkret vurdering kan fattes ved så omfattende kattehold i privat leilighet i boligblokk at lukt av katt og etterlatenskaper har sivet ut i felleskorridor mv til sjenanse for andre beboere. Hensynet til sammenheng i regelverket kan tilsi at pålegg om utbedring av ventilasjonsanlegg for å unngå plager av tobakksrøyk i privat leilighet etter omstendighetene bør eller må kunne være en rettslig mulighet, gitt motstanden mot røykeslutt.

I boligsameier med ulike fraksjoner av beboere med forskjellige prioriteringer vil et kommunalt rettingsvedtak i verste fall av noen kunne oppleves som overstyring av fellesskapet og av privatrettslige anliggender. Kommunalt rettingsvedtak bør derfor forutsette at sameiet først selv har forsøkt å løse foreliggende utfordringer.

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2015 – 27. Stikkord: Sigarettøyk.

# Kan kommunen kreve tilstandsrapport for en utleiebolig?

Dette er et spørsmål som har vært reist i Helsedirektoratet tidligere i år. Spørsmålet har fra miljørettet helsevern-kretser vært formulert slik:

«Kan vi, med kap. 3 i forskrift om miljørettet helsevern, kreve av utleiery at de kan fremvise en tilstandsrapport for en bolig/leilighet som sier noe om boligens beskaffenhet dersom leietakere påstår at det er noe galt med boligen de leier?» Blant annet vises til at de færreste som jobber med miljørettet helsevern, har dokumentert byggeteknisk kompetanse.

Nedenfor gjengis et notat om saken fra jurist Morten Frantze i avd. miljø og helse:

## Opplysningsplikten etter folkehelseloven – Den funksjonelle tilnærmingen mv

Ifølge folkehelseloven § 12 kan kommunen pålegge den som planlegger eller driver virksomhet som kan ha innvirkning på helsen, en plikt til å gi kommunen de opplysninger som er nødvendige for at den skal kunne utføre sine gjøremål etter fhl kap 3. Verken folkehelselovens eller den tidligere kommunehelsetjenestelovens forarbeider tar eksplisitt opp spørsmålet om tilstandsrapport.

Noen av gjøremålene etter lovens kapittel 3 om miljørettet helsevern vil være å vurdere spørsmål om det bør gis pålegg om retting i forbindelse med utleie av bolig. I de enkelte saker må kommunen selv gjøre seg opp en mening om hvilke opplysninger den behøver for å ta stilling til rettingsspørsmålene. Kommunen kanaliserte en del av sine spørsmål til utleier som ledd i saksutredning etter forvaltningsloven. Så blir det i utgangspunktet og først og fremst utleierens sak enten å fremskaffe en tilstandsrapport eller å besvare spørsmålene på annen måte.

Det bør ikke uten god grunn være kommunens sak å foreta omfattende utredninger av standarden på private boliger som (bl.a.) tjener utleieformål.

En tilstandsrapport i en konkret sak vil kunne gi innspill med hensyn til (a) om det er noen hygienisk ulempe i forbindelse med den utleide boligen, og hvis ja, (b) hvordan man eliminerer den, samt (c) om den ut fra folkehelseloven jf. forholdsmessighetsprinsippet kan kreves rettet. Spørsmål (a) er et fellesanliggende for utleier, leietaker og – hvis den involveres – kommunen etter folkehelseloven. For å besvare (a) forutsettes i prinsippet også (generell) helsefaglig kunnskap. I forvaltningspraksis overlates ofte besvarelsen av spørsmål (b) til den ansvarlige for ulempen (adressaten for rettingspålegget). For at kommunen skal kunne besvare (c), forutsettes et forvaltningsrettslig skjønner der flere momenter vil spille inn. I spørsmålet om det er forholdsmessig å kreve en tilstandsrapport, må besværet og kostnaden med å fremskaffe denne veies mot den antatte nytten av rapporten. Eventuelt bør krav om tilstandsrapport presiseres ut fra spørsmålsstillingene. I forbindelse med omfattende utleievirksomhet bør man kunne kreve mer dokumentasjon enn i forbindelse med enkeltstående hybelutleie. Dette følger av kravene til forholdsmessighet og relevans.

Man bør se hen til hva som ellers finnes av dokumentasjon i saken, før man tar stilling til nødvendigheten av en tilstandsrapport. Dersom det alt er utarbeidet en tilstandsrapport, f.eks. som ledd i forsikringsavtale, bør denne normalt kunne kreves fremlagt.

En hvilken som helst påstand fra en leietaker om inneklimateproblematikk er ikke i seg selv tilstrekkelig til å utløse krav om tilstandsrapport. Dette har også sammenheng med bevisbyrdespørsmål.

## Opplysninger for ulike formål

Hva som er nødvendige opplysninger for kommunen, jf. fhl § 12, og hva følgen blir hvis de ikke foreligger, vil bero på kommunens formål med å innhente opplysningene.

Kommunen har oppgaver knyttet til både veiledning og reaktive virke- eller reaksjonsmidler. I de fleste saker om privat utleie av mindre omfang vil kommunen antakelig begrense seg til å gi råd og veiledning. Det kan dreie seg om kort veiledning med henvisning til rett instans eller noe mer generell veiledning ut fra den konkrete henvendelse. I denne kontekst må kommunen finne ut hvilke opplysninger som er nødvendige for at den skal kunne utføre sin veiledningsoppgave. Dette vil igjen bero på spørsmålene fra situasjonen for dem man ønsker å veilede. Og kommunen må kunne innrette sin veiledning ut fra de opplysninger den har eller får. Kommunen kan f.eks. si: 'Er faktum slik at x, bør man foreta seg a. Er faktum derimot y, vil vi heller anbefale b.' Så blir det opp til utleier/leietaker selv å finne ut om situasjonen er som x eller y. Men i noen tilfeller vil kommunen gi uttrykk for at den ikke kan gi noen råd før den har flere opplysninger. Det blir så opp til utleier/leietaker enten å gi de etterspurte opplysninger, ev gjennom en tilstandsrapport, for å få et råd e.l., eller la være å gi opplysningene, men heller ikke få noe råd.

Dette betyr at dersom kommunen skal kunne kreve tilstandsrapport av utleier, må forutsetningen være at kommunen overveier å fatte rettingsvedtak i saken og ønsker å vite om den har rettslig grunnlag for det eller ikke.<sup>1</sup> Dermed har man sjaltet ut de situasjoner der det er opplagt at kommunen enten kan eller ikke kan pålegge retting, og de der kommunen definerer seg som rådgiver.

## Tilstandsrapport eller ikke – Fortsettelse

Momenter i vurderingen av om kommunen kan eller bør fatte vedtak om retting, ikke bare yte veiledning, vil typisk være relatert til arten og graden av den risiko som kan være forbundet med det fokuserte forhold, og i den forbindelse (anslagsvis) antall personer som vil (kunne komme til å) måtte tåle ulempen, jf. kommunale utleieboliger kontra privat utleie av enkeltstående hybel. Disse momenter vil også ha vekt i spørsmålet om utleier kan eller bør pålegges å fremlagge tilstandsrapport. Spørsmål kan for øvrig også oppstå om kommunen proaktivt bør kreve, eller burde ha krevd, konsekvensutredning av seg selv med tanke på utleieformål.

Den kontraktsrettslige regulering av husleiemarkedet vil være et argument både i diskusjonen om i hvilken grad kommunen innen miljørettet helsevern bør befatte seg med saker om utleie av boliger, og ved valg av kommunens virkemiddel, dialog eller påbud, når den engasjerer seg. Vi minner også om leietakers undersøkelsesplikt etter husleieloven 1999 nr. 17 § 2-6: «Det som leieren kjente eller måtte kjenne til ved avtaleinngåelsen, kan ikke gjøres gjeldende som mangel. Har leieren før avtaleinngåelsen undersøkt husrommet eller uten rimelig grunn unnlatt å etterkomme utleierens oppfordring om å undersøke det, kan leieren ikke gjøre gjeldende som mangel noe som burde ha vært oppdaget ved undersøkelsen. Dette gjelder likevel ikke dersom utleieren har handlet grovt uaktsomt eller i strid med redelighet og god tro.» Etter husleieloven § 2-10 kan leieren kreve at utleieren for egen regning retter en mangel ved husrommet eller tilbehøret dersom dette kan skje uten urimelig kostnad eller ulempe for utleieren. Etter folkehelseloven behøver man ikke ta stilling til hva leietaker «kjente eller måtte kjenne til ved avtaleinngåelsen». Sikkerhetsnettet etter folkehelseloven bør imidlertid ikke bli noen «sovepute» for potensielle leietakere.

### Kommunens fagkompetanse

«Det følger av det generelle regelverket at kommunen .. må ansette nødvendig kompetanse til å ivareta sine lovpålagte oppgaver på en forsvarlig måte. .. Kompetanse må også vurderes ut i fra de folkehelseutfordringene kommunen står overfor ..» Dette er sitert fra Prop. 90 L (2010-11) side 172.

Kommunen må ha nødvendig byggteknisk kompetanse som byggeier, aktør og myndighet innen folkehelse/miljørettet helsevern. Kommunens saksbehandling må være forsvarlig. Fagkompetansen må derfor ha en minstestandard, kvantitativt og kvalitativt. Kommunal praksis etter folkehelselovens kapittel 3 om miljørettet helsevern, liksom oversiktsarbeidet etter folkehelseloven kap. 2, kan gi kommunen indikasjoner på hvilket kompetansebehov den har på miljørettet helsevern i forbindelse med boligutleie. - Organiseringen av den faglige kompetansen er i utpreget grad kommunens sak å bestemme.

### Sammendrag

I hvilken grad og forstand kommunen kan kreve fremlagt tilstandsrapport ved påstått hygienisk ulempe ved utleie, beror på tolkning av folkehelseloven § 12 jf. forholdsmessighetsprinsippet.

Hva som er nødvendige opplysninger for kommunen, jf. fhl § 12, og hva følgen blir hvis de ikke foreligger, vil bero på kommunens formål med å innhente opplysningene: veiledning og/eller mulig fastsettelse av vedtak.

Kommunen må selv gjøre seg opp en mening om hvilke opplysninger som er nødvendig for å utføre de ulike gjøremålene etter loven, jf § 12. I saksutredning etter folkehelseloven kan kommunen kanalisere en del av sine spørsmål til utleier. Så blir det i utgangspunktet og først og fremst utleierens sak enten å fremskaffe en tilstandsrapport eller å besvare spørsmålene på annen måte.

Spørsmålet om hvordan rettingskrav kan/bør oppfylles, kan med fordel overlates utleier i funksjonelt utformet rettingspålegg.

Et eventuelt krav om utarbeidelse av tilstandsrapport må være forholdsmessig og relevant for sakens opplysning. Besværet og kostnaden for utleier med å fremskaffe tilstandsrapport i nødvendig grad må veies mot den antatte nytten av rapporten. I forbindelse med omfattende utleievirksomhet bør man kunne kreve mer dokumentasjon enn i forbindelse med enkeltstående hybelutleie.

Arten og graden av risiko forbundet med et forhold samt antall personer som vil (kunne komme til å) måtte tåle en hygienisk ulempe, vil være momenter som kan tale for pålegg om fremleggelse av tilstandsrapport, som ledd i vurdering av pålegg om retting.

Foreligger det alt en tilstandsrapport, f.eks. i forbindelse med forsikringsavtale, bør denne kunne kreves fremlagt.

Kommunen må ha nødvendig byggteknisk kompetanse som byggeier, aktør og myndighet innen folkehelse/miljørettet helsevern. Kommunens saksbehandling må være forsvarlig.

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2015 -29. Stikkord: Utleieboliger.

<sup>1</sup> Dersom kommunen er kommet til at den bør fatte pålegg om retting, men er i tvil om hvordan det nærmere bør formuleres, hvordan pålegget mer konkret bør oppfylles, kan den fatte et funksjonelt vedtak og overlate til utleier spørsmålet om hvordan den hygieniske ulempen bør utbedres, se over.

## Kunnskapssenteret

# Infeksjoner i barnehager kan halveres

Publisert 19.03.2015

[Les hele publikasjonen](#) (klikkbar lenke)

Det er bred enighet om at smitteverntiltak er bra og nødvendig, men forskning kan bidra til å finne de tiltakene som er mest effektive og gjennomførbare. På oppdrag fra Folkehelse-instituttet har forskere ved Kunnskapssenteret laget en oversikt over studier av smitteverntiltak i barnehager.



Foto: Colourbox



- Vi fant at ved å skjerpe håndhygiene, ble forekomst av diaré og luftveis-infeksjoner betydelig mindre. Det ser også ut til at man kan forvente lavere sykefravær, sier prosjektleder og seniorrådgiver Ingeborg B. Lidal ved Kunnskapsenteret.

Forskerne ved Kunnskapsenteret så også på det å kombinerte flere grep for å redusere smitte og fravær. Det dreide seg om å gi smitte-vern-opplæring i tillegg til å innskjerpe håndhygiene, rutiner for bleieskift og regelmessig ren- og hold av leker og lokaler. Dokumentasjonen for kombinerte tiltak er mer usikker, men indikerer at også dette kan føre til færre infeksjoner i barnehager.

### Usikker virkningsgrad

Forskerne fant studier som undersøkte om det er effektivt at smittebærere får «karantene» fra barnehagen, om endring i bruk av uten-dørstid eller forbedret utstyr for hygiene-prosedyrer gir færre infeksjoner og lavere sykefravær. Dokumentasjonen var ikke solid nok til å kunne trekke konklusjoner om virkningen av disse tiltakene.

- Vårt materiale tok for seg mange smitte-verntiltak i barnehager, og de fleste ser ut til å virke. Likevel kan vi ikke anslå grad av virkning for mange av tiltakene, fordi dokumentasjon har varierende kvalitet, fortsetter Lidal

### Ikke avdekket ulemper av tiltakene

Rapporten fra Kunnskapsenteret viser hvilke type smitteverntiltak som er studert i såkalte kontrollerte studier i barnehager. Den viser at innholdet i smitteverntiltak spenner vidt, og at tiltak kan rettes både mot ansatte, barn, foresatte og de fysiske omgivelsene i barnehagelokalene.

- Vår gjennomgang har ikke avdekket ulemper med slike tiltak. Den har imidlertid vist at det trolig er fordeler av både enkle og sammensatte tiltak. Rapporten peker også på tiltak som er lite studert. Derfor vil det være spesielt nyttig å evaluere effekten av fremtidige fysiske smitteverntiltak i barnehager, eventuelt hvilket tiltak som er mest effektivt og gjennomførbart i norske barnehager, avslutter Ingeborg B. Lidal.

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 100. Stikkord: Håndvask. Barnehager.

*Fra Statens helsetilsyn 27.3.2015:*

## Rettigheter og klagemuligheter

Menyen "Rettigheter og klagemuligheter" på nettstedet til Statens helsetilsyn er nyskrevet, med en kort artikkel om hver av alle rettigheter i lovgivningen. Klagemulighetene og behandlingen av klager er en egen seksjon i menyen. Tekstene er skrevet for befolkningen, men også for ansatte i tjenestene som kan ha bruk for korte tekster og relevante lenker i arbeidet med å ivareta rettighetene som pasienter, pårørende og brukere har.

Vi håper dere vil være med å spre disse lenkene gjennom opplenking og henvisninger.

Hele menyen: <https://www.helsetilsynet.no/no/Rettigheter-klagemuligheter/Helse-og-omsorgstjenester-og-helsepersonell/>

Klager helse- og omsorgstjenester publisert samlet:

<https://www.helsetilsynet.no/no/Rettigheter-klagemuligheter/Helse-og-omsorgstjenester-og-helsepersonell/Klager-helse-og-omsorgstjenester/>

Vennlig hilsen

Statens helsetilsyn  
Nettredaksjonen  
[nettredaksjon@helsetilsynet.no](mailto:nettredaksjon@helsetilsynet.no)

Red. kommentar: Anmodningen er herved imøtekommet!

Referansekode i 'Helserådet': HRE 2015 – 9. Stikkord: Statens helsetilsyn. Rettigheter. Klager.

*Forskning.no 27.3.2015:*

## Depresjon kobles til lite D-vitamin hos unge kvinner

Lave nivåer av D-vitamin ser ut til å ha en sammenheng med depresjon hos ellers friske unge kvinner, viser en ny amerikansk studie. D-vitamin er et essensielt næringsstoff for skjelettet og muskelfunksjoner. Mangel har vært forbundet med svekket immunforsvar, enkelte former for kreft og hjerte- og karsykdommer.

Ifølge en ny studie kan vitaminet også kobles til psykiske lidelser. Unge kvinner med lave nivåer av D-vitamin hadde oftere betydelige depressive symptomer enn de andre deltakerne i undersøkelsen.

Forskerne mener sammenhengen er tydeligere enn at det kunne skyldes tilfeldigheter. Studien er gjort ved Universitetet i Oregon State og ble nylig publisert i tidsskriftet *Psychiatry Science*.

Kroppen produserer D-vitamin når huden utsettes for sollys. Når solen er mangelvare om vinteren, kan folk ta tilskudd. Vitamin D finnes også i enkelte matvarer, som fet fisk og beriket melk. Helsedirektoratet anbefaler for den fysiske helsas skyld 10 mikrogram D-vitamin per dag. Det er ikke etablert noe minstenivå for god psykisk helse.

- Les også: **D-vitamin mot vinterdepresjon** (direkte klikkbar lenke)

Resultatene fra den ferske studien var tydelige selv når forskerne tok hensyn til andre mulige forklaringer, som årstid, mosjon og hvor mye kvinnene oppholdt seg utendørs.

– Dette bør likevel ikke tolkes som at lavt nivå av D-vitamin fører til depresjon, understreker forskerne.

Se hele artikkelen fra *Forskning.no* ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/helse-forebyggende-helse-mat-og-helse-psykiske-lidelser-psykologi/2015/03/depresjon-og-lite-d>.

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2015 – 30. Stikkord: Vitamin D. Depresjoner.

*Stor fagkonferanse på Gaustad:*

## Kropp og sinn 2015, 18. september

For 3. gang ønsker Oslo universitetssykehus-HF (OUS), Klinikk psykisk helse og avhengighet velkommen til fagkonferansen *Kropp og sinn*.



Foto: Merete Holen Rimstad

Også denne gangen har vi håndplukket forelesere som er positive til å formidle forskningsresultater, kunnskaper og sine erfaringer knyttet til psykisk helse, rus og fysisk aktivitet. Tema blir mer og mer aktuelt ikke minst med bakgrunn i urovekkende undersøkelser som viser at mennesker med psykisk lidelser og avhengighet dør tidligere enn befolkningen for øvrig.

Mer enn 60 % dør av livsstilssykdommer knyttet til usunt kosthold, tobakk, alkohol og inaktivitet. Foruten nevnte tema vil konferansen ha fokus på aktuelle tiltak som forhåpentlig kan bidra til en endring i denne utviklingen.

Som ledd i folkehelsesatsingen i samfunnet har OUS inngått en avtale med Oslo Maraton med mål om å øke den fysiske aktivitet ved sykehuset. I første rekke vil syke-

huset satse på deltakelse i 3 km løpet samme dag som konferansen – ”3 for alle”. Følg med på nettsidene til sykehuset og [Oslo Maraton](#) for mer informasjon om løpet.

Tid: fredag 18. september kl. 08.30 - 15.00  
Sted: Festsalen (bygg 10), Gaustad sykehus, Sognsvannsveien 21, 0372 Oslo

### [Fullstendig program](#)

Deltakeravgift kun kr 600,-.

### [Klikk her for påmelding](#)

Det er begrenset med parkeringsplasser, så vi oppfordrer til å bruke kollektivtransport. Nærmeste stopp for T-banen er Forskningsparken eller Gaustad. Trikk 17 og 18 stopper i Gaustadalléen, og derfra er det ca 5 minutters gange til Gaustad sykehus.

### [Kart over Gaustad sykehus](#)

Arrangør: Oslo universitetssykehus, Klinikk psykisk helse og avhengighet, Forsknings- og utviklingsavdelingen, Seksjon for utdanning og fagutvikling

Referansekode i 'Helserådet': PSY 2015 – 12. Stikkord: Psykiatrikonferanse.

Anbefalinger for sesongen 2015:

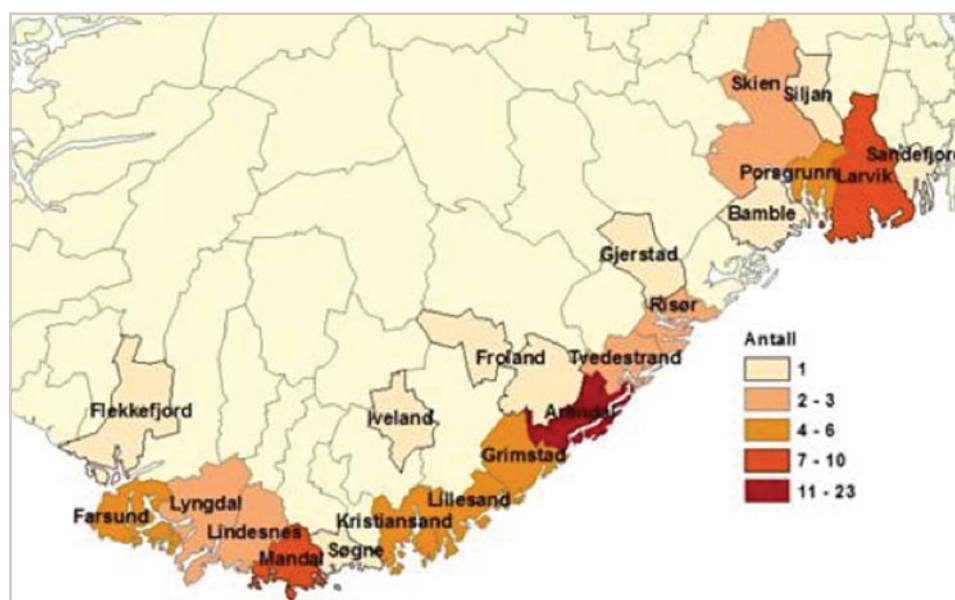
## Vaksinasjon mot skogflåttencefalitt (TBE)

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=114489>.

Skogflåttencefalitt (tick-borne encephalitis, TBE) skyldes infeksjon med TBE-virus. Viruset kan overføres fra infisert flått til menneske ved flåttbitt. Det finnes vaksine mot sykdommen. Vaksinen beskytter bare mot TBE, ikke mot flåttbitt eller andre flåttbårne infeksjoner som for eksempel borreliose.

### Risiko for TBE-smitte

- I Norge lever flåtten hovedsakelig i kyst- og dalområder nord til Helgelandskysten. Den trives best i skyggefull løvskog med frodig underskog, men kan også finnes på enger, lyngmark og i andre områder. Det kan være store lokale forskjeller i flåttforekomst fra sted til sted innen en kommune. Forekomsten av TBE er lav i Norge. Totalt er det i perioden 1994 - 2014 diagnostisert 106 TBE-tilfeller i Norge. Personene er enten smittet i Norge (87), i utlandet (18) eller på ukjent smittested (1). I 2014 ble det meldt 13 tilfeller, hvorav 9 var smittet i Norge.
- Alle de meldte TBE-tilfellene i Norge har blitt smittet langs kysten i Agderfylkene, Telemark og Vestfold, og i tilstøtende geografiske områder (figur). Der er smitterisikoen høyest. I disse områdene er det også funnet TBE-virus i flått.



Figur: TBE-tilfeller meldt MSIS 1994-2014 med antatt smittested i Norge

- Det ser også ut til å være en viss risiko for å bli smittet med TBE-virus ved kysten i Østfold. Her er det funnet TBE-virus i flått og antistoffer mot TBE-virus hos blodgivere, men ingen har fått symptomgivende sykdom.
- Grensene for TBE-infisert flått er i endring. I kystnære strøk i Møre og Romsdal og i Sør-Trøndelag er det på noen innsamlingssteder funnet TBE-virus i flått. Det er ikke meldt om TBE-smitte til menneske lengre nord enn det som er markert på figuren, men der det finnes TBE-infisert flått er det en mulig risiko for smitteoverføring.
- Folkehelseinstituttet følger med på situasjonen rundt Oslofjorden og i kystområder opp til og med Nordland. Forekomst av henholdsvis TBE-virus hos flått og antistoffer mot TBE-virus i blod fra mennesker og dyr undersøkes. Funn fra disse undersøkelsene sammenholdes med meldte TBE-tilfeller hos mennesker og danner grunnlag for vaksinasjonsanbefalingene.
- I sørlige del av Sverige er det risiko for å smittes med skogflåttencefalitt i kystområder og ved store innsjøer. De siste årene er det registrert flere tilfeller av skogflåttencefalitt der smitten har skjedd på den svenske vestkysten fra nord i Bohuslän til sør for Göteborg. Svenske helsemyndigheter anbefaler vaksinasjon for fastboende og besøkende personer som om sommeren ferdes mye i skog og mark i disse områdene.

### Vaksinasjon mot skogflåttencefalitt (TBE)

- Barn og voksne som ofte får flåttbitt i områder med kjent TBE-smitterisiko bør vurdere vaksinasjon. Risikoen for smitte er ut fra dagens kunnskap størst i kystområder i Agderfylkene, Telemark og Vestfold og i tilgrensende geografiske områder. Det ser også ut til å være en viss risiko for å bli smittet ved kysten i Østfold, samt i kystnære strøk i Møre og Romsdal og Sør-Trøndelag.
- Anbefalingene gjelder både fastboende og besøkende.
- De som bør vurdere vaksinasjon er for eksempel skogsarbeidere, orienteringsløpere og personer som bor i telt, går tur eller oppholder seg mye i «flått-terreng» i områder med kjent risiko for TBE-smitte.

- Det anbefales å begynne vaksinasjon om våren, i god tid før flåttsesongen.
- Vaksine kan fås ved henvendelse til fastlege.

Publisert: 23.03.2015, endret: 08.04.2015, 10:10

**Se også:** (direkte klikkbare lenker)

- [Forebygging og bekjempelse av flått](#)
- [Hvordan fjerner man flått?](#)
- [Smittevernveilederen - Skogflåttencefalitt \(TBE-virusinfeksjoner\) - veileder for helsepersonell](#)
- [Vaksinasjonsboka - Skogflåttencefalittvaksinasjon \(TBE-vaksine\) - veileder for helsepersonell](#)

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 97. Stikkord: Skogflåttencefalitt. TBE.

## Økt smitte av fugleinfluensa A(H5N1) til mennesker i Egypt

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=114450> .

Egypt har de siste månedene rapportert om en økning i antall personer som er smittet med fugleinfluensa A(H5N1). I følge Verdens helseorganisasjon (WHO) har det så langt i år blitt registrert 88 nye tilfeller, 26 av disse med dødelig utgang. Antall rapporterte tilfeller per måned har vært det høyeste fra ett enkelt land siden smitte til mennesker første gang ble observert i Hong Kong i 1997.

De fleste tilfellene er rapportert fra områder langs Nilen, inkludert Kairo. I følge WHO har alle de smittede vært i kontakt med fjørfe eller markeder der levende fugl selges. I sin nåværende form smitter viruset kun unntaksvis mellom mennesker, og vedvarende smitteoverføring fra person til person er ikke observert.

### Lav risiko

Det europeiske smittevernssenteret (ECDC) anser risikoen for at smitten skal spres til Europa som lav. Europeiske veterinær- og helsemyndigheter bes likevel om å sørge for at smittevernberedskapen opprettholdes. Folkehelseinstituttet minner om anbefalingen om at reisende til land hvor H5N1 er påvist unngår kontakt med fjørfe/fugl, og at alle fjorfeprodukter skal varmebehandles før inntak.

- [Reiseråd om beskyttelse mot fugleinfluensa](#) (direkte klikkbar lenke)



Det er foreløpig ingenting som tyder på at viruset har gjennomgått vesentlige genetiske endringer fra tidligere, men dette undersøkes fortløpende. Økningen i antallet smittetilfeller hos mennesker kan forklares ut i fra flere faktorer, blant annet økning i antall utbrudd hos fjørfe. I områder hvor A(H5N1)-viruset sirkulerer i fuglepopulasjonene er det alltid en risiko for at menneske en sjelden gang smittes. Viruset overføres til menneske gjennom direkte eller indirekte kontakt med smittet fugl.

Publisert: 20.03.2015, endret: 20.03.2015, 11:00

**Se også:** (direkte klikkbare lenker)

- [Risikovurdering fra det europeiske smittevernssenteret \(ECDC\): "Human infection with avian influenza A\(H5N1\) virus, Egypt, March 13th 2015.pdf"](#)
- [Risikovurdering fra WHO: "Influenza at the human-animal interface. Summary and assessment as of 3 March 2015.pdf"](#)

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 98. Stikkord: Fugleinfluensa. Egypt.

## Folkehelseprofilene for fylkene 2015 er publiserte

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=114519> .

Folkehelseprofilene for fylkene 2015 er publiserte og kan lastes ned fra Folkehelseinstituttets nettsider. Nytt i år er blant annet fylkestall for overvekt hos vernepliktige og andelen som har fått HPV-vaksine mot livmorhalskreft.

Folkehelseinstituttet publiserer hvert år folkehelseprofiler for kommuner og fylker. Profilene for kommunene ble publisert tidligere denne måneden. I dag legges fylkesprofilene ut.

- [Finn profil for ditt fylke eller din kommune](#) - nedlastingssiden

## Nytt i fylkesprofilen 2015

I 2015-profilene for fylkene har noen indikatorer fra 2014 gått ut, mens nye har kommet inn i stedet. Nye indikatorer er:

- Overvekt inkludert fedme hos vernepliktige 17-åringer, med data fra nettbasert skjema ved sesjon 1.
- Andelen jenter i aktuelle aldersgrupper som har fått HPV-vaksine for å forebygge livmorkreft (vaksine mot humant papillomavirus).
- Forskjeller i forventet levealder mellom ulike utdanningsgrupper. Denne indikatoren er også ny i årets folkehelseprofil for kommunene. Les [artikkel med kommentarer fra forsker Bjørn Heine Strand](#).

## Andre nyheter i fylkesprofilene 2015

- Personskader hos barn 0 – 14 år. I fjor presenterte fylkesprofilene tall for alle aldersgrupper samlet.
- Antibiotikabruk for aldersgruppa 0 – 4 år.

## Forskjeller mellom fylkesprofilene og kommuneprofilene

I kommuneprofilene slås ofte tall for flere aldersgrupper og årganger sammen til såkalte glidende gjennomsnitt. Dette er fordi mange kommuner er små, og tall for enkeltår blir usikre. Fylkene har større befolkninger, og statistikkbanken inneholder derfor tall for enkeltår og mindre aldersgrupper.

## Hvordan kan tallene brukes?

Folkehelseprofilene og de tilhørende statistikkbankene skal understøtte folkehelsearbeidet i kommunen. Sammen med andre data og lokalkunnskap kan disse produktene benyttes til å få oversikt over folkehelsen og planlegge folkehelseiltak. Seinere i år kommer også bydelsprofiler for Oslo, Stavanger, Bergen og Trondheim. Dato er ennå ikke avklart.

I statistikkbankene finnes et rikt utvalg av utdypende informasjon. Flere av Folkehelseinstituttets faktaark henter også diagrammer herfra, for eksempel diagrammer som viser utvikling over tid og fylkesforskjeller.

- [Faktaark A-Å](#) - faktaark om overvekt, skader og ulykker, levealder osv.
- [Norges helse statistikkbank](#) - grunnlaget for fylkesprofilene

Publisert: 25.03.2015, endret: 04.05.2015, 11:24

Referansekode i 'Helserådet': HST 2015 – 15. Stikkord: Folkehelseprofiler.

# Historisk låge aborttal for kvinner under 20 år

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=114560> .

I 2014 vart det utført 14 061 avbrot. Det er 714 (5 %) færre svangerskapsavbrot enn i 2013. Abortrata er fallande for alle aldersgrupper. Det viser dei siste tala frå Abortregisteret ved Folkehelseinstituttet.

Av utførte svangerskapsavbrot i 2014 var 13 515 (96,1 prosent) sjølvbestemte, og 546 (3,9 prosent) nemndbehandla. Det viser [Rapport om svangerskapsavbrot for 2014](#).

Dei fleste sjølvbestemte avbrot vart utført før 9. svangerskapsveke (78,7 prosent).

Det var ein nedgang i talet på nemndbehandla svangerskapsavbrot frå 634 i 2013 til 546 i 2014. Av dei 546 utførte, nemndbehandla svangerskapsavbrota i 2014, vart 528 innvilga i primærnemnd og 14 i den sentrale klagenemnda.

## Historisk få svangerskapsavbrot blant 15-19 åringar

Sidan 2008 har det vore ein jamn nedgang i rata for svangerskapsavbrot i aldersgruppa 15-19 år. I 2008 var rata 18,1, i 2011 12,7 og i 2014 var talet 9,6 avbrot per 1 000 kvinner i denne aldersgruppa. Dette er den lågaste rata sidan registreringa starta i 1979.

## Framleis flest svangerskapsavbrot blant 20-24 åringar

I 2014 som i dei føregåande 20 åra, var det kvinner i aldersgruppa 20-24 år som hadde den høgaste rata av svangerskapsavbrot per 1 000 kvinner. Også i denne gruppa har det vore ein jamn nedgang frå 30,7 i 2008 til 21,8 per 1 000 kvinner i 2014. Førekosten av avbrot i aldersgruppa 20-24 år nærmar seg den ein finn for aldersgruppa 25-29 år (20,7 per 1 000 kvinner).



## Forskjell mellom fylka

Fylka Oslo, Finnmark og Troms hadde flest svangerskapsavbrot per 1 000 kvinner i aldersgruppa 15-49 år i 2014, med respektive 16,2, 14,6 og 14,0 per 1 000 kvinner.

Rogaland, Møre og Romsdal og Sogn og Fjordane hadde færrest svangerskapsavbrot, med respektive 8,3, 8,9 og 9,1 per 1 000 kvinner.

## Medikamentell behandling er vanlegaste avbrotsmetode

Medikamentell behandling har sidan 2008 vore den mest brukte avbrotsmetoden ved sjølvbestemte svangerskapsavbrot. I 2014 vart 84,4 prosent av dei sjølvbestemte avbrota gjennomført medikamentelt.

Statistikkrapporten vert publisert årleg ved Folkehelseinstituttet og lagt ut på [www.fhi.no](http://www.fhi.no). Frå 2015 er statistikken også tilgjengeleg i [Abortregisteret sin statistikkbank](#).

Se også: [Fakta om abort](#)

Publisert: 26.03.2015, endret: 06.05.2015, 18:29

Referansekode i 'Helserådet': SEX 2015 – 14. Stikkord: Abort.

## Trenger du en presentasjon om psykiske plager og lidelser i Norge?

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=114493>.

Hvor stor er forekomsten av psykiske plager og lidelser i Norge? Er den stabil eller i endring? Hva er forskjellen på en plage og en lidelse, og hvor vanlige er de ulike psykiske lidelsene? Folkehelseinstituttet har i samarbeid med Helsedirektoratet laget en presentasjon som fagfolk i fylker og kommuner kan laste ned og bruke etter behov.

Målgruppen for presentasjonen er fagfolk i fylker og kommuner og andre som har behov for bakgrunnsstoff til bruk i foredrag. Lenkene nedenfor er direkte klikkbare.

- [Forekomsten av psykiske plager og lidelser i befolkningen - stabil eller i endring?](#) - presentasjonen i pdf-format
- [Forekomsten av psykiske plager og lidelser i befolkningen - stabil eller i endring?](#) - presentasjonen i ppt-format

Referansekode i 'Helserådet': PSY 2015 -13. Stikkord: Psykisk helse.



## Langvarig trening kan ha sammenheng med økt risiko for hjerteflimmer hos kvinner

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=114434>.

Langvarig og regelmessig utholdenhetstrening kan være forbundet med en høyere forekomst av hjerteflimmer (atrieflimmer) hos kvinner, viser resultater i en studie Folkehelseinstituttet har deltatt i. Resultatene gir ikke grunn til å fraråde trening.

Regelmessig trening reduserer risikoen for en rekke sykdommer og har svært mange gunstige virkninger som overskygger en eventuell økt risiko for atrieflimmer.

Dette er den første studien av sammenheng mellom utholdenhetstrening og risiko for atrieflimmer hos kvinner. Resultatene ble nylig publisert i det anerkjente tidsskriftet *The International Journal of Cardiology*.

- Resultatene må tolkes med forsiktighet, og flere studier av sammenhengen mellom trening og atrieflimmer hos kvinner må gjennomføres før vi kan konkludere med større sikkerhet, sier Marius Myrstad, lege og stipendiat på Folkehelseinstituttet og Diakonhjemmet sykehus.

## Gjelder også menn

Tidligere undersøkelser tyder på at regelmessig utholdenhetstrening er forbundet med økt risiko for atrieflimmer hos menn. Det er



Illustrasjonsbilde. Foto: Birken AS

flere årsaker til at sammenhengen mellom trening og atrieflimmer er dårligere kartlagt hos kvinner enn hos menn: - Selv om stadig flere kvinner deltar i Birkebeinerrennet og lignende arrangementer, utgjør kvinner fortsatt et mindretall. Langvarig eksponering for målrettet utholdenhetstrening er mindre vanlig blant kvinner, og atrieflimmer debuterer senere hos kvinner enn hos menn, forteller Myrstad.

### Om studien

Blant de 1449 kvinnene som deltok i studien, rapporterte 110 kvinner atrieflimmer. 634 av kvinnene hadde drevet med regelmessig utholdenhetstrening i løpet av livet. 89 kvinner hadde trent regelmessig i minst 40 år og 286 kvinner var tidligere deltakere i Birkebeinerrennet. Forekomsten av atrieflimmer blant kvinnene som hadde deltatt i Birkebeinerrennet var åtte prosent. Etter justering for alder og andre risikofaktorer for atrieflimmer, hadde kvinner som hadde trent regelmessig i minst 40 år en doblet risiko for atrieflimmer sammenlignet med kvinnene som aldri hadde trent regelmessig.

Kvinnene var i alderen 53-75 år.

Regelmessig utholdenhetstrening ble definert som treningsøkter av minst 30 minutters varighet, minst tre ganger i uken, med mål om å bedre fysisk utholdenhet. Både trening og atrieflimmer ble rapportert med spørreskjema.

Et lavt antall kvinner med atrieflimmer i den mest aktive gruppen, og selvrapportering av både trening og atrieflimmer, er studiens viktigste begrensninger.

Studien er gjennomført i regi av Diakonhjemmet sykehus og Folkehelseinstituttet. Prosjektet er støttet av Kavli forskningssenter for geriatri og demens og med Extra-midler fra Extra-stiftelsen Helse og Rehabilitering.

Publisert: 18.03.2015, endret: 06.05.2015, 18:31

Se også: (lenkene er direkte klikkbare)

- [Hard trening kan øke risikoen for hjerteblimner](#)
- [International Journal of Cardiology: Does endurance exercise cause atrial fibrillation in women?](#)
- [Langvarig utholdenhetstrening - ikke bare bra for hjertet?](#)

Referansekode i 'Helserådet': FYS 2015 -11. Stikkord: Trening. Hjertesykdom.

## Folkehelseinstituttets årsrapport 2014

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=114425> .

Årsrapporten for 2014 er nå tilgjengelig på fhi.no. Her kan du lese om aktiviteter og resultater i året som har gått.

I løpet av 2014 har Folkehelseinstituttet kommet med ny folkehelseprofil, kommunehelseprofiler og fylkehelseprofiler. Ebolautbruddet i Vest-Afrika har vært en vesentlig arbeidsoppgave for vår smittevernberedskap og aktiviteten utenfor Norge øker også på andre områder.

Ansvar for miljøhendelser i beredskapssammenheng har krevd nytenkning og omorganisering i løpet av året, og vi har deltatt i flere større øvelser. 2014 forberedte vi overføring av Giftinformasjonen fra Helsedirektoratet til Folkehelseinstituttet fra 1. januar 2015.

Det har vært jobbet med å redusere svartidene innen rettsmedisinske råd og tjenester de siste to årene, og området har hatt en positiv utvikling.

Folkehelseinstituttet har nå ansvar for 9 av 16 sentrale helseregistre etter at vi overtok driften av Dødsårsaksregisteret fra Statistisk Sentralbyrå i fjor. Mer om året 2014 får du i "[Årsrapport 2014 - Nasjonalt folkehelseinstitutt](#)" (direkte klikkbar lenke).

Årsrapporten er en del av styringsdialogen mellom Folkehelseinstituttet og Helse- og omsorgsdepartementet. Vi rapporterer på mål og resultatkrav som vi har fått av departementet.

Nytt i år er at årsrapporten til Folkehelseinstituttet også legges på fhi.no. Årsrapporten er utformet etter nye krav til årsrapport i økonomireglementet, fastsatt av Finansdepartementet.

Publisert: 17.03.2015, endret: 28.04.2015, 13:09

Referansekode i 'Helserådet': MET 2015 -17



# Tidsskriftet Norsk Epidemiologi oppsummerer MoBa-forskning gjennom 15 år

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=114455>.

Norsk Epidemiologi (NOFE) har gitt ut et spesialnummer om Den norske mor og barn-undersøkelsen (MoBa).

I 2014 var det 15 år siden datainnsamlingen i MoBa startet, selv om planleggingen og initiativet til studien ble igangsatt allerede tidlig på 1990-tallet.

I epidemiologisk forskning er 15 år kort tid, men for en del av våre deltakere, 15-åringene, er det så langt et helt livsløp.

Den første forskningsartikkelen fra MoBa ble publisert i 2006, og siden har interessen for å benytte de verdifulle dataene og det biologiske materialet innsamlet fra deltagerne i MoBa økt år for år. Hittil har dette resultert i over 300 artikler publisert i vitenskapelige tidsskrifter.

Denne utgaven av NOFE viser forskningsmulighetene i MoBa, og forklarer hvorfor og hvordan MoBa-undersøkelsen ble startet.

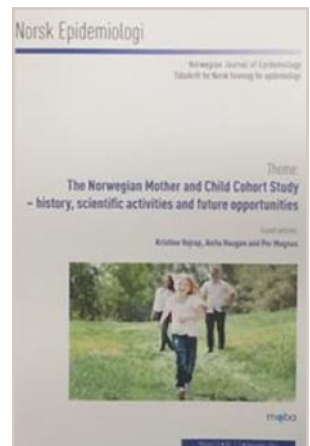
Vi håper dette spesialnummeret kan gi inspirasjon til å benytte forskningsressursen til å besvare viktige spørsmål knyttet til mor og barns helse og utvikling.

- [Les hele nummeret av NOFE her](#) (direkte klikkbar lenke)

Har du spørsmål om hvordan du kan søke om tilgang til dataene som er innsamlet så langt, kan du ta kontakt med [Anita Haugan](#) eller [Kristine Vejrup](#).

Publisert: 20.03.2015, endret: 07.05.2015, 08:48

Referansekode i 'Helsrådet': MET 2015 - 18



## Reseptregisteret oppdatert med 2014-tall

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=114502>.

Reseptregisterets nettsider er oppdatert med 2014-tall og inneholder nå tall for perioden 2004-2014. Der kan du lage rapporter som viser antall brukere av legemidler.

Illustrasjonsbilde: Colourbox.com

Dette kan gjøres ved søk på forhåndsdefinerte legemiddelgrupper, via ATC-systemet (klassifiseringssystemet for legemidler) eller ved søk på et virkestoff eller et produktnavn.



Illustrasjonsbilde: Colourbox.com

### Data som kan hentes ut fra Reseptregisteret.no:

- Antall brukere, eventuelt fordelt på kjønn, 5-års aldersgrupper, fylke eller helseregion
- Antall brukere per 1000 innbyggere (ettårsprevalens per 1000)
- Omsetning i kroner (apotekenes utsalgspris)
- Omsetning i doser (DDD – definerte døgndoser)
- Befolkningsgrunnlag i statistikken (fra SSB), eventuelt fordelt på kjønn, 5-års aldersgrupper, fylke eller helseregion

En rapport fra Reseptregisteret fra samme periode med tema «Antibiotika» publiseres 28. april 2015.

Reseptregisterets nettsider og temarapporten om antibiotika, sammen med Folkehelseinstituttets rapport «Legemiddelforbruket i Norge 2010 – 2014» (basert på data fra Grossistbasert legemiddelstatistikken, publiseres 14. april 2015) gir en komplett oversikt over legemiddelbruken i Norge.

Publisert: 24.03.2015, endret: 06.05.2015, 18:35

### Se også:

- [Reseptregisteret](#) (direkte klikkbar lenke)

Referansekode i 'Helsrådet': HTJ 2015 – 38. Stikkord: Reseptregisteret.