



Oslo kommune  
Bydel Gamle Oslo  
Bydelsadministrasjonen

BU-SAK 108/2011  
HSK-SAK 17/2011  
RPH-SAK 06/2011  
ER-SAK 15/2011  
RFF-SAK 13/2011  
UR-SAK

Bydelsutvalget

Dato: 20.10.2011

Deres ref:

Vår ref (saksnr):  
2011/792-

Saksbeh:  
Randi Nagelhus, 23431115

Arkivkode:  
202

## SAMHANDLINGSREFORMEN- FOREBYGGENDE VIRKSOMHET

Bydelsutvalget fattet i BU-sak 84/2011 følgende vedtak:

*“Bydelsutvalget ber Bydelsdirektøren skissere ulike mulige måter å legge opp forebyggende virksomhet i bydelen.*

*Det bør vurderes hvordan man kan benytte eksisterende organisasjon og ressurser i bydelen for å få en målrettet, tilgjengelig og samordnet virksomhet. Aktuelle eksterne finansieringskilder til forebyggende virksomhet må vurderes. En frisklivssentral i nrområdet i Gamle Oslo kan være et alternativ, andre organiseringsmåter og alternativer er også aktuelle. Tjenesten skal være i lokale som fyller kravene til universell utforming*

*I prosessen med å skissere ulike mulige framgangsmåter og organiseringsmåter, for å fremme forebygging i bydelen og innhold i den forebyggende virksomheten, bes bydelsdirektøren involvere egen administrasjon, fagforeninger og andre aktuelle aktører i bydelen. Man bør se på gode eksempler fra andre kommuner, og bydeler i Oslo samt vurdere hva som er gjort i andre bydeler inklusive mulig samarbeid.*

*Skisser til mulige alternativ som bydelsutvalget kan velge å se nærmere på bør foreligge innen budsjettet for 2012 legges fram.”*

### Bakgrunn:

Samhandlingsreformen trer som kjent i kraft 1.1.2012, med en gradvis innføring over tid.

Som bakgrunn for Bydel Gamle Oslos tidligere innspill og synspunkter på reformen legges bydelens innspill til høring til Ny nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 som vedlegg 1 til denne saken.

Grunnlaget for reformen er lagt i ny folkehelselov, helse- og omsorgslov og ny nasjonal helse- og omsorgsplan.

Viktige målsettinger for samhandlingsreformen er:

- Overføre flere oppgaver til kommunene
- Ha fokus på å forebygge framfor bare å reparere.
- Satse på tidlig innsats framfor sen innsats



Bydel Gamle Oslo  
Bydelsadministrasjonen

Besøksadresse:  
Platousgate 16

Postadresse:  
Postboks 9406 Grønland  
0135 Oslo

Internett: [www.oslo.kommune.no](http://www.oslo.kommune.no)

E-post: [postmottak@bgo.oslo.kommune.no](mailto:postmottak@bgo.oslo.kommune.no)

Telefon : 02180  
Telefaks: 23431001  
Bankkonto: 60040606079  
Org.nr.: 974778742

- Ulike ledd i helsetjenesten skal jobbe bedre sammen
- Det skal bli lettere å få helsehjelp lokalt
- Gi pasientene større grad av brukervedvirkning
- Det skal bli flere tilbud til dem som ønsker hjelp til å legge om levevaner som kan føre til sykdom, for eksempel å endre kosthold, komme i gang med fysisk aktivitet eller slutte å røyke.

Kommunene vil få ansvar for utskrivingsklare pasienter fra første dag fra januar 2012, døgnprisen er satt til kr. 4000,-, i tillegg vil kommunene få et delvis medfinansieringsansvar for sykehusbehandling. Det legges opp til en stram og rask vurdering fra spesialisthelsetjenesten der det skal gå fram hvor lenge pasienten antas å trenge behandling og der det innen 24 timer skal meldes fra til bydelen om innleggelse av pasienten, antatt forløp og forventet utskrivningstidspunkt. 1. linjen skal betale fra første utskrivingsklare dag og døgnprisen er per 1.1.2012 satt til kr. 4000,-.

Medfinansieringsansvaret reguleres i Forskrift om kommunal medfinansiering der kommunene pålegges å medfinansiere 20 % innleggelseskostnadene. Midlene fordeles over statsbudsjettet, men er i Oslo kommunes budsjett for 2012 ikke lagt ut til bydelene.

Samhandlingsreformen innebærer at det skal bygges opp tilbud og tiltak som gjør det mulig for kommunen å ta imot et døgnbasert øyeblikkelig tilbud innen 2016. Ny Storbylegevakt og utviklingen av Aker er viktige arenaer i planleggingen av tilretteleggingen av dette arbeidet. Det er etablert samarbeidsutvalg mellom sykehusene og Oslo kommune. Sentrumsbydelene planlegger i samarbeid med Lovisenberg sykehus en felles løsning for utskrivingsklare pasienter som trenger en rehabiliteringsperiode før de kan flytte hjem. Dette kan gjøres ved å benytte eksisterende lokaler på sykehusområdet som egner seg til å ta imot de som er ferdigbehandlet på sykehus, men som ikke kan flytte direkte hjem.

### **Samhandlingsreformen – bydelens tilrettelegging for forebyggende virksomhet:**

Avdelingene Myndighetsoppgaver barn og unge og Tiltak barn og unge har i løpet av 2011 vurdert om det er hensiktsmessig å samorganisere enkelte stillinger/tjenester som arbeider forebyggende. Bakgrunnen for dette er at bydelen ser at det er behov for et samordnet lavterskeltiltak rettet mot barn, ungdom og deres familier. Hovedmålet med å samordne tjenester er å bedre sikre barn og unge et trygt oppvekstmiljø der de opplever tilhørighet til familie, nettverk og nærmiljø for å kunne mestre sine liv.

Planen går ut på å slå sammen enhet for ungdom og kvalifisering sammen med Familiesentralen samt flytte enkelte andre stillinger til den nye enheten (3 stillinger fra barnevernet, 2,5 fra helsestasjon samt saltokoordinator). Til sammen vil enheten få 31 faste stillinger. Enheten vil bli delt inn i 3 team. Gjennom å samorganisere disse tjenestene forventes en større effektivitet. Dette vil kunne måles blant annet gjennom å føre statistikk og utarbeide et kartotek over brukere som mottar noen form for hjelp. Det vises for øvrig til MBU-sak 26-2011.

Innenfor bydelens pleie- og omsorgstjenester vurderes mulighetene for å tilpasse tjenestetilbudet slik at brukerne skal få raskere og mer effektiv hjelp til rehabilitering etter et sykehusopphold. Dette antas på sikt å gjøre brukerne av tjenestene mer selvhjulpne og også i noen grad forebygge nye sykehusopphold eller behov for sykehjemsplass. En nærmere beskrivelse av disse planene vil bli gitt i budsjett for 2012.

Bydelen har etter søknad, høsten 2011 mottatt til sammen kr 600.000,- til to utredningsprosjekter knyttet til samhandlingsreformen.

Dette gjelder:

- *Forprosjekt – etablering av frisklivssentral i bydel Gamle Oslo.*  
Prosjektet skal utrede og konkretisere innholdet i et frisklivssentral i bydelen. Det skal utrede og beskrive behov for lokaler, ressurser, kompetanse og samhandling med samarbeidspartnere opp mot bydelens eksisterende tilbud. Det er ansatt en prosjektmedarbeider som sammen med samarbeidspartnere skal utrede bydelens spesifikke behov for frisklivssentral. Hun vil utarbeide en rapport som vil danne utgangspunkt for videre planlegging med et evt. Etablering av en frisklivssentral i bydelen.
- *Delt erfaring – dobbelt styrk. Kvinnefelleskap til et friskere liv.*  
Dette er et samarbeidsprosjekt mellom Bydel Gamle Oslo, Lovisenberg sykehus, Ullevål sykehus og Diabetesforbundet rettet mot voksne kvinner med innvandrebakgrunn. Prosjektet er basert på forskningsresultater som viser at diabetes type 2 er langt mer utbredt blant innvandrekvinner enn hos den etnisk norske befolkningen. Prosjektet ledes av seniorveileder i bydelen. Målsettingen er et mer helhetlig pasientforløp ved forbygging og behandling av diabetes, hjerte- karsykdom og fedme hos kvinner med innvandrebakgrunn slik at de selv kan ta sunne og helsefremmende valg for seg og sin familie.

Begge prosjektene vil kunne legge grunnlag for å danne nye samhandlingsstrukturer i forebygging og rehabilitering av ulike sykdomsforløp.

Bydel Gamle Oslo har for øvrig en rekke helsefremmende tjenestetilbud som er en del av folkehelseplanen. Disse er beskrevet på bydelens nettsider og en oversikt følger som vedlegg til denne saken. (se vedlegg 2)

**Bydelsdirektøren anbefaler at bydelsutvalget fatter følgende vedtak.**

Bydelsutvalget tar sak om samhandlingsreformen – forebyggende virksomhet til orientering

**Bydel Gamle Oslo**



Lasse Østmark  
bydelsdirektør



Randi Nagelhus  
avdelingssjef

- Vedlegg:**
1. Høring – nasjonal helse og omsorgsplan 2011 -2015. Innspill fra Bydel Gamle Oslo.
  2. Oversikt over tiltak i Oslo kommunes folkehelseplan i bydel Gamle Oslo



Oslo kommune  
**Bydel Gamle Oslo**  
Bydelsadministrasjonen

VEDLEGG 1

Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester  
Rådhuset  
0037 Oslo

Dato: 09.12.2010

Deres ref:  
201004627-6

Vår ref (saksnr):  
2010/1552-

Saksbeh:  
Trude Margrete Arnesen, 23431015

Arkivkode:  
202

## HØRING - NASJONAL HELSE- OG OMSORGSPLAN 2011 - 2015

### INNSPILL FRA BYDEL GAMLE OSLO

#### Ny Helse-og omsorgslov.

##### Positivt:

Den nye helse-og omsorgsloven er tuftet på gode og sunne prinsipper som, hvis de tas i bruk kan gjøre det lettere for velferdsstaten å møte de varslede utfordringen som f.eks "eldrebølgen".

Spesielt viktig er en forsterking av at helsetjenester skal gis på laveste effektive omsorgsnivå og av samarbeidet omkring pasientene.

Viktige grep her er at pasientene får en fast koordinator som er ansvarlig for pasientenes individuelle plan, og at det skal være gjensidighet i avtalestruktur.

1. Oppheving av skillet mellom helse- og omsorgstjenester
  - a. Forenklende for brukerne.
  - b. Forenklende for ansatte i kommunene som forvalter regelverket, noe som vil fremme rettssikkerheten til brukerne.
2. Felles klage- og tilsynsinnsinstans for helse- og omsorgstjenester
  - a. Forenklende og lettere for brukeren. Mer forutsigbart for brukeren.
  - b. Kan ikke se at brukeren mister noen rettigheter.
  - c. Mindre risiko for at "feil klageinstans" behandler saken, i saker hvor det er vanskelig å si hvor tjenesten skal plasseres ifht regelverk.
  - d. Bedre forutsetning for likebehandling blant brukerne når det er samme klageinstans. Klageinstansen "ser" alle brukerne.
3. Alle brukerrettigheter samles i pasientrettighetsloven
  - a. Enkelt og forutsigbart for brukerne. Spesielt fordelaktig siden ikke alle har tilgang på advokat eller annen retts hjelp. Det forutsetter imidlertid at pasientrettighetsloven blir brukervennlig.
  - b. Fordel med lik rettspraksis for både helse- og omsorgstjenester med hensyn til hva den enkelte bruker har krav på.



**Bydel Gamle Oslo**  
Bydelsadministrasjonen

Besøksadresse:  
Platousgate 16

Postadresse:  
Postboks 9406 Grønland  
0135 Oslo

Telefon : 02180  
Telefaks: 23431001  
Bankkonto: 60040606079  
Org.nr.: 974778742

Internett: [www.oslo.kommune.no](http://www.oslo.kommune.no)

E-post: [postmottak@bgo.oslo.kommune.no](mailto:postmottak@bgo.oslo.kommune.no)

- c. Fordelaktig at det ikke lenger er noen uklarhet rundt hvorvidt pasientrettighetsloven kan få anvendelse for tjenester etter sosialtjenesteloven.
- 4. Forvaltningslovens anvendelse
  - a. Svært fordelaktiv med en smidigere bruk av forvaltningsloven. Det er ikke alle beslutninger innenfor den kommunale helse- og sosialtjenesten som har karakter av å være et enkeltvedtak, men det er vanskelig å vite hvor skillet går. En regel om at forvaltningsloven skal gjelder for tildeling av hjemmetjenester og plass i institusjon dersom hjelpen strekker seg over to uker vil være enkel å praktisere og fremme forutsigbarhet – og er samtidig et logisk skille.
- 5. Alle tjenesteutøvere som yter tjenester etter loven må oppfylle kravene etter helsepersonelloven.
  - a. Sikrer alle pasienters og brukeres rettssikkerhet.

### **Heldøgns v\bo-og omsorg**

Ø-hjelpsplasser på sykehjem kan være en kvalitativ forbedring for pasientgrupper som har et akutt behov for pleie samtidig som det er samfunnsøkonomisk lønnsomt fordi sykehjemsplasser er billigere enn sykehusplasser.

Hvis dette skal innføres, og leger på vakt skal få tilgang til å legge pasienter inn på sykehjem som et alternativ til sykehus, er det imidlertid nødvendig at finansieringen for akutt plasser på sykehjem blir som for akutt plasser på sykehus. Slik det nå er, finansieres sykehusplasser av staten og sykehjemsplasser av kommunen. En slik forskjell kan det ikke være for akutt plasser.

### **Fastlegen inn i primærhelsetjenesten!**

Det blir stadig framholdt at hvis større oppgaver skal flyttes fra andre linje til første linje, blir det nødvendig å styrke primærhelsetjenesten med flere leger, og leger som er bedre integrerte i resten av førstelinjen. Vi er enige i at dette vil bli et avgjørende moment for å lykkes med reformen. Man trenger primærhelseteam med alle yrkesgrupper som samarbeider om tjenestene til en befolkning. Vi kan imidlertid ikke se at forslaget om økt rapportering alene kan løse dagens problemer i nevneverdig grad.

Man er i en storkommune som Oslo i dag langt unna en sammensveiset primærhelsetjeneste, der legene, sykepleierne, ergoterapeutene osv er kjent med hverandre og samarbeider om pasientene. Dette skyldes først og fremst at legene er organisert utenfor resten av primærhelsetjenesten, og at deres befolkninger (listepasientene) ikke sammenfaller med resten av primærlinjens befolkninger (bydelene). Slik det nå er i Oslo, kan pasientene til hjemmesykepleien i en bydel ha fastleger over hele byen eller utenfor kommunen. Hjemmesykepleien kan måtte forholde seg til et hundretall fastleger i ulike bydeler, hvilket nærmest umuliggjør et godt samarbeide med alle.

Et første nødvendig grep for å nærme seg en integrering av fastlegen i den øvrige primærhelsetjenesten, er at samarbeidende helsetjenester må kunne slå opp hvem som er en pasients fastlege. Slik det nå er, kan ingen i bydelen, heller ikke bydelsoverlegen gjøre dette.

Det mest effektive strukturelle grepet, ville antakelig være å sikre at fastlegene og den øvrige førstelinjen forholdt seg til samme populasjon av pasienter, ved at pasientene kun fikk velge fastlege innen bydelen. Eventuelt kunne det settes som betingelse for å få helsetjenester fra bydelen at man også valgte fastlege fra bydelen.

Dersom en ikke i større grad klarer å trekke fastlegene inn i den øvrige primærhelsetjenesten, må de øvrige tjenestene, f.eks hjemmesykepleien, styrkes med egne leger. Dette vil bli stadig viktigere ettersom førstelinjen etter planen skal overta flere oppgaver fra andrelinjen, dvs stadig sykere pasienter.

### **Finansieringsansvar fra dag én – medisinsk ansvar fra hvilken dag?**

Det er i forslaget lagt opp til at kommunene skal ta over finansieringsansvaret for pasientene fra dag én etter at de er vurdert som utskrivingsklare. Dette forutsetter optimal kontakt underveis, slik at primærhelsetjenesten har mulighet til å gjøre klart det tilbudet pasienten trenger ved utskrivelse. Enten må det settes en minste varslings tid, f.eks 3 dager, ellers må kommunene til enhver tid ha ledige ressurser som kan settes inn umiddelbart.

Et annet moment som er mindre diskutert, er hvem som overtar det medisinske ansvaret ved utskriving, og når.

Slik det nå er, har fastlegene et generelt ansvar for populasjonen på sin liste. Fastlegen vil som oftest ikke være informert om at pasienten har vært lagt inn sykehus, de vil først bli informert når epikrisen etter hvert kommer. Den øvrige helsetjenesten, f.eks hjemmesykepleien, vil ikke uten videre ha tilgang på informasjon om hvem som er fastlege. Man kan derfor ikke forvente at fastlegen tar over pasientansvaret fra dag én. Slik sett skrives pasientene nå ut til en helsetjeneste uten ansvarlig lege.

Dette kan være forsvarlig dersom behandlingsforløpet ved utskriving er helt avsluttet, og det fortsatte behovet begrenser seg til pleie. Det er et imidlertid et hovedpoeng ved reformen at større del av aktiviteten skal flyttes til førstelinjen. Derfor kan en forvente at grensene for hva som defineres som "utskrivingsklart", vil tøyes slik at stadig sykere pasienter skrives ut. Desto viktigere blir det å avklare hvem som overtar det medisinske ansvaret ved utskriving, og legge til rette for at oppgaven skal være mulig å fylle.

### **Helsepersonellkrise, "profesjonsnøytralitet" og kompetanseheving**

Behovet for den nye loven knytter seg blant annet til en forventet eldrebølge og en påfølgende helsepersonellkrise. Man forventer at man ikke vil kunne fylle behovet for kvalifisert helsepersonell fra egne rekker, og i stor grad må basere seg på importert arbeidskraft.

I denne situasjonen, ser vi med bekymring på at begrepet "profesjonsnøytralitet" brukes som et honnørord. Det som fremstilles som økt frihet på kommunenivå til å løse gitte oppgaver etter lokale forutsetninger, kan i praksis bli til at kommunene av budsjettensyn tvinges til å senke kvaliteten på sine tjenester. Man kan se for seg at sykepleiere erstattes av hjelpepleiere, som igjen erstattes av ufaglærte osv. I noen tilfeller kan dette være fornuftig, men det bør være en bevisst prosess, og ikke kalles for "kompetanseheving".

Svært mye av det kompetansehevende arbeidet som skjer, skjer gjennom profesjonsutdanninger og videreutdanninger. Profesjonsetikk, yrkesstolthet, deltakelse i kollegialt arbeide og faglige diskusjoner, er svært viktige krefter for å holde kvaliteten oppe. Denne indre kontrollen blir ekstra viktig når kvaliteten av ens virke ikke er lett målbar slik at en ekstern kontroll er vanskelig å gjennomføre. I forarbeidene snakkes det mye om kompetanseheving. Man bør da ikke motarbeide det kompetansehevende arbeidet som ligger i profesjonsdannelsen.

## Spesielt om helsestasjon og skolehelsetjeneste

I forbindelse med forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester har departementet vurdert og kommet frem til at helsestasjonsvirksomhet og skolehelsetjeneste fortsatt skal angis eksplisitt i lovteksten. Dette er bra da regjeringen sier i Soria Moria erklæringen at man vil "bygge ut lavterskeltilbud som skolehelsetjenesten og helsestasjonene for å kunne behandle barn og ungdom på et tidlig tidspunkt."

Helsestasjonstjenesten har en høy oppslutning og nær 100 prosent av alle barn har vært i kontakt med tjenesten.

Undersøkelser viser at foreldre, barn og ungdom har stor tiltro til helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og at tjenesten når grupper som ikke fanges opp av øvrige offentlige tjenester.

Det som er urovekkende er at i høringen står det at kommunen bør stå fritt til å bestemme organiseringen av tjenestene uten at det står definert noe om profesjoner, helsesøster, jordmor etc.

Som nevnt er det med hjemmel i dagens lovgivning gitt en rekke forskrifter som regulerer tjenestenes innhold, men dels også tjenestenes organisering. Derfor er det meget viktig at det står helsestasjonstjenesten og skolehelsetjenesten i lovteksten.

Forebyggende tiltak skal organiseres som miljørettet helsevern, helsestasjonsvirksomhet, helsetjenester i skoler, opplysningsvirksomhet og fengselshelsetjenester. Svangerskaps- og barselomsorg er i utgangspunktet forebyggende helsetjenester.

Kommunene er forpliktet til å tilby svangerskapskontroller/-omsorg i tilknytning til helsestasjon. Formålet med jordmortjenesten i kommunene er å styrke svangerskapsomsorgen slik at gravide kvinner og deres familie får en helhetlig omsorg før, under og etter fødselen. Etterspørselen etter jordmortjenester blant brukerne er økende.

Videre er det viktig at det kommer frem tydelig at kommunene faktisk arbeider med forebyggende arbeid både ovenfor befolkningen generelt, for utsatte grupper og ved behov, på individuell basis

Av kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd nr. 1 fremgår det at kommunens helsetjeneste skal omfatte helsefremmende og forebyggende arbeid. Tiltak skal organiseres som helsestasjonsvirksomhet og helsetjenester i skoler. Fint at det presiseres tydelig

Ernæringsarbeid/kostveiledning er ikke omtalt i dagens lovgivning. Alle pasientgrupper som er definert som målgrupper i samhandlingsreformen kan ha behov for og dokumentert nytte av kostholdsveiledning. Stortingsmeldingen viser til at det er dokumentert behov for å styrke spisskompetansen i ernæring i primærhelsetjenesten. Det står at det særlig gjelder forhold til eldre men ingenting om kosthold barn og unge.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har særlig oppmerksomhet rettet mot barn og ungdom med spesielle behov og sårbare og utsatte grupper.

Sentrale oppgaver er helseundersøkelser, vaksinerings, opplysningsvirksomhet, rådgivning, veiledning, og tiltak for å styrke barn og unges egen mestring og foresattes mestring av foreldrerollen.

Skolehelsetjenesten skal være et lavterskeltilbud for unge med psykiske vansker eller

problemer som de tidlig i et pasientforløp kan oppsøke hjelp for og få hjelp på riktig nivå. Nye oppgaver vil bli pålagt tjenesten framover, f.eks. vaksinerings mot humant papillomavirus (HPV) for jenter og oppfølging av for tidlig fødte barn. Det er utarbeidet nye retningslinjer både for veiing og måling og for forebygging og behandling av overvekt og fedme. Helsefremmende og forebyggende arbeid blant barn og unge med nedsatt funksjonsevne skal trappes opp.

For at tjenesten skal kunne leve opp til de forventinger som ligger i de politiske føringene er det viktig at helsestasjon og skolehelsetjenesten, samt helsestasjon for ungdom har en bemanning som tilsier at den utgjør et reelt tilgjengelig lavterskel tilbud som til en hver tid har kompetanse til å ivareta de oppgaver som legges til tjenesten. Mange rapporter i løpet av de senere år viser at det har foregått en nedbygging av tjenestene til tross for at nye og arbeidskrevende oppgaver og utfordringer er kommet til.

## **Folkehelselov**

### **Positivt:**

Tankemåten som presenteres er gjennomgående fornuftig. I stor grad er den i tråd med det helsefremmende arbeidet som allerede gjøres i bydelene.

Under følger noen kritiske punkter:

### **Forebygging = innsparing?**

Behovet for en ny folkehelselov begrunnes bl. a. i at langsiktige investeringer i fremtidige helsegevinster systematisk nedprioriteres i budsjettsituasjoner. Samtidig sies det at fordi man venter såpass store innsparinger, følger det ikke midler med lovendringen. Den forventes altså å bli selvfinansierende fordi det er så mye å vinne på forebygging.

På nasjonalt nivå er det nok sant at investering i forebygging er kostnadseffektivt og gir innsparing på lengre sikt. I det praktiske budsjettarbeide, vil det imidlertid være primærhelsetjenesten som i stor grad bærer utgiftene for forebygging, mens det er andrelinjen som kan hente ut gevinsten i form av redusert forbruk. Dessuten vil den forventede gevinsten ligge tiår frem i tid, og så langt er det vanskelig å se når underskuddet truer i knappe kommunale budsjetter. Det er derfor urimelig å tro at den enkelte kommune- og bydel klarer å vektlegge forebygging i betydelig grad uten at de får tilført øremerkete midler.

### **Alles ansvar – ingens ansvar?**

Det er en fare for at det som var tenkt som en vektlegging av folkehelseperspektivet ved å heve det til et høyere ansvarsnivå, i praksis blir en usynliggjøring av ansvaret. Hvis alle har ansvaret, kan det være at ingen føler seg forpliktet av det.

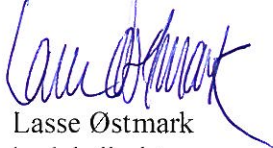
For å motvirke at dette skjer, bør folkehelsekravene være tydelige og eksplisitte og midlene en skal bruke for å fylle kravene være øremerkete og store nok. Man må forvente at kommuneoverlege og øvrige helsetjeneste fremdeles vil være de viktigste advokater for denne tankemåten, og fremheve at lovendringen ikke fører til at helsetjenesten får mindre ansvar for folkehelsearbeide selv om andre sektorer får mer.



Det legges opp til en kulturendring hvor alle, uavhengig av bakgrunn og virkeområde skal tenke "helse i alt vi gjør", og bake inn prinsipper om føre-var, bærekraftig utvikling og utjevning. En slik kulturendring kommer ikke av seg selv. En start kunne være:

- 1) Øremerkete midler som skal gå til kompetanseoppbygging innenfor forebygging.
- 2) Tilbud om kursing til de som skal ivareta folkehelseperspektivet, f.eks de som jobber med planlegging , barnehager osv
- 3) Føringer om at kommuneoverlege / MHV stab skal være sentralt plassert i organisasjonen inntil øvrige sektorer er vant med å inkludere folkehelseperspektiv i sin virksomhet.

**Bydel Gamle Oslo**



Lasse Østmark  
bydelsdirektør



Trude Margrete Arnesen  
bydelsoverlege

Hopp til navigasjon Hopp til innhold

## MENY

Folkehelseiltak  
Øvrige helsefremmende  
tjenester



Du er her: Oslo kommune > Bydel Gamle Oslo > Folkehelse > Øvrige helsefremmende tjenester

## Helsefremmende tjenester

Oversikten er en del av folkehelseplanen for Bydel Gamle Oslo og inneholder linker til helsefrer

<b>Psykisk helse</b>
Kafe Svovel
Kafe Jordal
Valle aktivitetssenter
Aktivitetssenteret 31b
Psykososialt arbeid barn og unge
Psykisk helse - tilbud til voksne
<b>Barn og unge</b>
Helsestasjonene
Helsestasjon for ungdom
Skolehelsetjenesten
Familiesentralen
FRIGO, friluftsentret i Bydel Gamle Oslo, kompetansesenter for aktivitet knyttet til friluftsliv for barn og unge i bydelen og Oslo forøvrig
JUNIOR, aktivitetstilbud for barn i alderen 10-13 år
Kampen Økologiske barnebondegård ( KØBB), besøkgård
Gamle Oslo Kunnskaps- og opplevelses senter ( GO-KOs)
Nærmiljøsentret på Tøyen, et tilbud for familier med barn- og unge i nærområdet.
HovinUngdommensSceneKunst (HUSK)
Fyrstikkalléen Bokkafe
Jordal Fritidsklubb (JFK), et møtested for barn og unge
Fagsenteret
Barneverntjenesten
SALTO Samordning av lokale kriminalitetsforebyggende tiltak
Utekontakten
Riverside
<b>Eldre og funksjonshemmede</b>
Ergo-og fysioterapitjenesten
Kampen og Vålerenga seniorsenter
Grønland flerkulturelle eldresenter
Seniorveiledning
<b>Helse, sosial og nærmiljø</b>
Senter for arbeid og kvalifisering (SAK)
Parkforvaltning
Kvinnekafeen
Natteravning
Frivillighetsentralene Kampen og Grønland
Miljørettet helsevern
Booppfølgingstjenesten
Sosialtjeneste og økonomisk sosialhjelp
Omsorg og sosiale tjenester
Senter for flyktninger og innvandrere (SeFI)

## TILTAK I OSLO KOMMUNES FOLKEHELSEPLAN, BYDEL GAMLE OSLO

Sist oppdatert 17.01.2011

Navn på tiltaket	Ansvarlig kommunal instans	Samarbeids-partnere	Tidsrom	Avsluttet Ja/Nei	Kontakt-informasjon
Team Tøyen	Bydel Gamle Oslo, enhet ungdom og kvalifisering	Tøyen skole, Hersleb skole, Vålerenga skole	2009	Nei	Lars Høgmo, teamleder utekontakt
Fallforebygging blant eldre	Enhet rehabilitering	Eldresentre i bydelen	2009	Nei	Hege Rangsvåg, enhet rehabilitering
Turgrupper	Enhet rehabilitering	Eldresentre i bydelen	2009	Nei	Hege Rangsvåg, enhet rehabilitering
Balansegruppe for hjemmeboende eldre	Enhet rehabilitering		2010	Nei	Hege Rangsvåg, enhet rehabilitering
Fellestrening for innvandrerkvinner	Enhet rehabilitering	Fysioterapeuter med driftstilskudd	2011		Hege Rangsvåg, enhet rehabilitering
Turgrupper	Enhet psykisk helse		Vår 2009		Torstein Fjørtoft
Familieveiledning	Helsestasjonene	Helsesøster, Familiesentralen, PPT, BUP	2010/11	Nei	Ann-Louise Gustafsson
Språkgrupper 4-åringer med minoritetsbakgrunn uten barnehageplass	Helsestasjonene	Helsestasjonene	2010/11	Nei	Ann-Louise Gustafsson
Ferie- og fritidsaktiviteter for barn og unge	Enhet for barne- og ungdomstiltak	Enhet for Ungdom- og kvalifisering, barnevern, skoler, Fagsenteret, Foreldre	Vinter, sommer høst 2009/2010	Nei	Geir Aarrestad Eriksen
Turer og aktiviteter i ferier og helger	Enhet for barne- og ungdomstiltak	Skoler, barnevern, Fagsenteret, foreldre	Vår, sommer, høst 2009/2010	Nei	Geir Aarrestad Eriksen
Gamle Oslo Kunnskaps- og opplevelsessenter	Enhet for barne- og ungdomstiltak	Hersleb skole, MIR, Frivillige barn og unge org. Andre barne- og ungdomstiltak	2009/2011	Nei	Geir Aarrestad Eriksen
Rusfrie lokale lørdag	Enhet for barne- og ungdomstiltak	Kultur, teater, fritidsklubber oa.	2009/2010	Nei	Geir Aarrestad Eriksen
Idrett og utfordring	Enhet for barne- og ungdomstiltak	Oslo idrettskrets, skoler	2009/2010	Nei	Geir Aarrestad Eriksen
Den unge scene	Enhet for barne- og ungdomstiltak	Fyrstikkaleen skole, Det Åpne Tetater, oa.	2009/2010	Nei	Geir Aarrestad Eriksen

Treningsgrupper mot antisosial atferd	Enhet for barne- og ungdomstiltak	Sterling FK, skoler, foreldre	2010/2011	Nei	Geir Aarrestad Eriksen
Ungdomsverkstedet	Enhet for ungdom og kvalifisering	Hersleb skole, barnevern oa.	2009	uavklart	Merhdad Ganji
Oppleve naturen	Enhet for ungdom og kvalifisering	Riverside oa.	2009	uavklart	Merhdad Ganji
Samtalegrupper for barn som har en mor eller far med psykiske vansker	Familiesentralen	Barneverntjenesten, helsestasjonene, BUP og DPS	2009	Nei	Elin Pettersen
Forebyggende tiltak etter opplæringsloven	Fagsenteret	Pedagogisk fagsenter, barnehager, helsestasjoner		Nei	Nora Kinck Schjold
Målrettet språkstimulering m/tospråklige barn i barnehager	Fagsenteret	Tospråklig kompetanse, barnehager		Nei	Nora Kinck Schjold
Vålerenga United	Fagsenteret	Vålerenga Fotballklubb, Foreldregruppe		Nei	Siri Pettersen
Diabetesforebygging i høyrisikogrupper	Grønland flerkulturelle eldresenter	Diabetesforbundet	2006-	Nei	Nina Ek
Undervisning i ernæring og diabetes for deltakere i kvalifiseringstiltak	SEFI	Diabetesforbundet	2009	Nei	Nina Ek
Tilrettelagt program og veiledningstilbud for gravide småbarnsforeldre i introduksjonsordningen	SEFI	Helsepersonell	2009	Nei	Randi Ryen
Ledsagelse til "Aktiv på dagtid"	Sosialkontor	NAV	Vår 2008	Nei	Beret Bjørningsøy
Kakerlakkbekjempelse i Brinken 2	Miljørettet helsevern	Boligbygg	2009	Nei	Helene Brandshaug
Forebygging av rotteplage	Miljørettet helsevern		2009	Ja	Helene Brandshaug
Vafler og Sambusa	Kampen frivilligsentral	Frivillige	2009	Nei	Thomas Alexander Lange/ Nina Ek
Helse- ernæring og refleksjonsgruppen (HER)	Kampen og Vålerenga Seniorsenter		2010	Nei	Nina Ek