



Oslo kommune
Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester

Bydelene

20120106-1
202

Deres ref:

Vår ref (saksnr):
201200871-3

Saksbeh:
Martin Fjordholm, 23461126

Dato: 20.03.2012

Arkivkode:
202

HØRING – UTKAST TIL FOLKEHELSEPLAN 2013-2016

Byrådsavdelingen har bedt Helseetaten om å utarbeide utkast til folkehelseplan for Oslo 2013-2016.

Utkastet følger vedlagt.

Vi ber om bydelenes høringssvar senest 01.05.2012.

Med vennlig hilsen

Bjerg Månum Andersson
kommunaldirektør

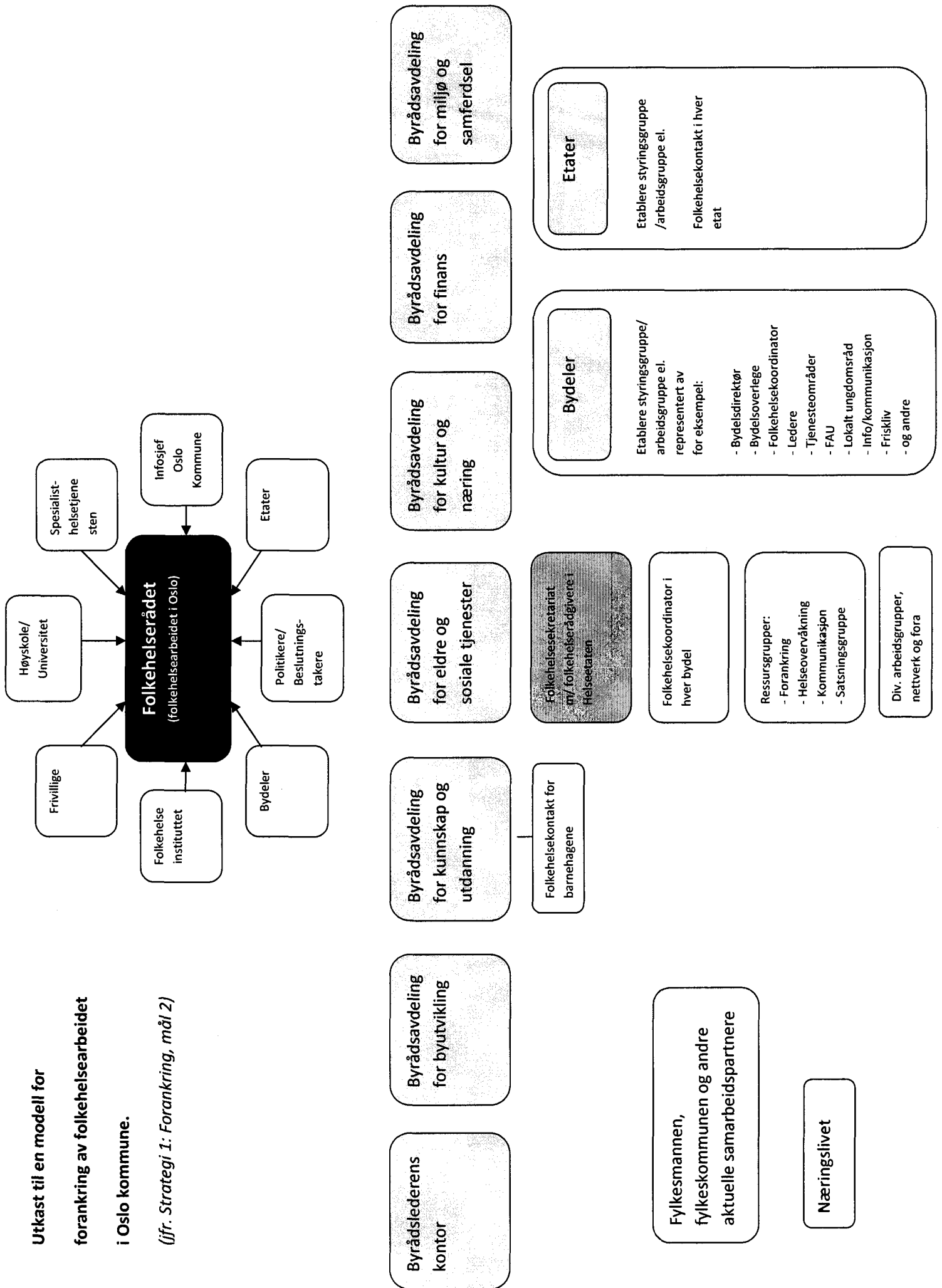
Åse L. Snåre
helsesjef

Godkjent og ekspedert elektronisk

Vedlegg: Utkast til folkehelseplan 2013-2016 m/tre vedlegg

Utkast til en modell for forankring av folkehelsearbeidet i Oslo kommune.

(jfr. Strategi 1: Forankring, mål 2)



Skolehelse tjenestens ansvarsområder

(fra lover og forskrifter)
**Eksempel: Forebygging og behandling
av overvekt og fedme**

Tiltak for elever med symptomer:

- Individuelle og grupperettede tiltak
- Konsultasjoner
- Vurdere og henvise videre
- Samarbeide med foreldre og andre instanser på ulike nivåer i hjelpeapparatet inkludert spesialisthelsetjenesten
- Tverrfaglig samarbeid og oppfølging rundt individet
- Opprette ansvarsgruppe. Utnevne koordinator for individuell plan
- Utredning hos fastlege
- Samarbeid med fastlegen
- Henvisning til og samarbeid med spesialisttjenesten

Indikert

Tiltak for elever i ulike risikogrupper:

- Konsultasjoner
- Mestrings- og motivasjonsgrupper
- Samarbeid med foreldre og lærere og andre tjenester i bydelen
- Kartlegging og veiledning ev. henvisning til lege

Selektert

Universelt

Tiltak for alle elever:

- Klassebesøk/generell informasjon/undervisning/foreldremøter
- Arbeid med elevenes skolemiljø (§9a i opplæringslova)
- Samarbeid og kunnskapsutveksling med skolens ansatte inkludert aktivitetsskolen.
- Samarbeid med bl.a. tannhelsetjenesten
- Samarbeid med frivillige organisasjoner i nærmiljøet
- Lavterskeltilbud/åpen dør for elevene (også for lærere, foreldre og andre)

• Være pådriver for individuelle og strukturelle helsefremmende og forebyggende tiltak som fysisk aktivitet og kosthold i skolen. Vekt- og lengdemåling av alle. Fokus på selvfølelse og kroppsbilde

Tiltak på dette nivået: Viktig brobygging både i forhold til elever og skolens ansatte. Et godt skolemiljø er en viktig forebyggende faktor for elever på selektert og indikert nivå.

FOLKEHELSEPROFIL 2012

Oslo



Fra 1. januar 2012 trer lov om folkehelsearbeid i kraft. Folkehelseprofilen er et bidrag til kommunens arbeid med å skaffe seg oversikt over helsetilstanden i befolkningen og hvilke faktorer som kan påvirkes.

Utgitt av
Nasjonalt folkehelseinstitutt
Avdeling for helsestatistikk
Postboks 4404 Nydalen
0403 Oslo
E-post: kommunehelsa@fhi.no

Redaksjon:
Geir Stene-Larsen (ansv. redaktør)
Else-Karin Grøholt (fagredaktør)
I redaksjonen: Fagredaksjon for folkehelseprofiler
Forsidefoto: Colourbox
Bokmål

Elektronisk distribusjon:
www.fhi.no/kommunehelsa



Hovedtrekk i kommunens folkehelse

All statistikk er basert på kommunegrenser i 2011. Temaområdene er valgt ut i fra et forebyggingspotensial, det gjelder også området helse og sykdom. Indikatorene tar høyde for kommunens alders- og kjønnsammensetning.

Om befolkningen

- Det har vært befolkningsvekst i kommunen i 2010.
- Kommunen har en lavere andel eldre over 80 år enn landsgjennomsnittet.
- Forventet levealder for menn er lavere enn landsgjennomsnittet.

Levekår

- Færre personer har grunnskole som høyeste utdanning sammenlignet med landet forøvrig.
- Andelen personer i husholdninger med lav inntekt er høyere enn i landet forøvrig.
- Arbeidsledigheten er høyere enn landsgjennomsnittet.
- Andel uføretrygdede under 45 år er lavere enn i landet forøvrig.

Miljø

- Andel personer tilknyttet vannverk med forskriftsmessig tilfredsstillende analyseresultater mhp. E. coli, i prosent av befolkningen tilknyttet rapportpliktig vannverk, ser ut til å være høyere enn ellers i landet.
- Flere personer legges inn på sykehus for personskader etter ulykker sammenlignet med resten av landet.

Skole

- Ungdom trives bedre på skolen enn det som er vanlig ellers i landet, vurdert etter trivsel hos 10.-klassinger.
- Andelen 5.-klassinger på laveste mestringsnivå i lesing er lavere enn i landet for øvrig.
- Frafallet i videregående skole er ikke entydig forskjellig fra landsgjennomsnittet.

Levevaner

- Tallgrunnlaget for den utvalgte indikatoren på røyking er utilstrekkelig for statistisk testing.
- Tall for overvekt på kommunenivå er under utarbeidelse.

Helse og sykdom

- Flere personer bruker legemidler mot psykiske lidelser, som blant annet angst og depresjon, sammenlignet med resten av landet.
- Hjerte- og karsykdom ser ut til å være mindre utbredt enn ellers i landet, vurdert etter antall pasienter behandlet i sykehus.
- Utbredelsen av KOLS og astma hos voksne er ikke entydig forskjellig fra landsgjennomsnittet, basert på bruk av legemidler (45-74 år).
- Utbredelsen av type 2-diabetes, målt ved bruk av legemidler, ser ut til å være høyere enn ellers i landet (30-74 år).

Sosial ulikhet i helse

De siste 30 årene har alle grupper i landet fått bedre helse, men helsegevinsten har vært størst for personer med lang utdanning og høy inntekt. For eksempel har denne gruppen lengre forventet levetid enn personer med lavere utdanning og inntekt. Særlig de siste ti årene har helseforskjellene økt, det gjelder både fysisk og psykisk helse, og både barn og voksne. Utjevning av sosiale helseforskjeller er derfor en viktig målsetting i folkehelsearbeidet.

Store forskjeller i utdanning og inntekt kan være en pekepinn på at det også er store sosiale helseforskjeller i kommunen.

Figur 1 er et bilde på inntektsulikhet i kommunen i 2009 sammenlignet med landet. Inntektsulikhetens mål (Gini-koeffisienten) som vises varierer mellom 0, som vil si at det ikke er inntektsforskjeller, og 1, som vil si at én person eier all inntekt eller formue i kommunen. Gini-koeffisienten blir sterkt påvirket av ekstremverdier, for eksempel hvis få personer har svært høy inntekt. Den må derfor tolkes med varsomhet.

Arbeidsdeltakelse og sykefravær

Lange sykmeldinger øker risikoen for senere uførepensjon. Etter uføretrygging er det ofte mindre sjanse for å komme tilbake til arbeidslivet igjen.

Årsakene til sykefravær og uførepensjon er ofte sammensatte. Det er derfor viktig å tolke arbeidsledighet, sykefravær og uførhet i lys av kunnskap om lokale forhold.

Figur 2 viser andel uføretrygdede under 45 år i kommunen sammenlignet med landet (treårig glidende gjennomsnitt, standardisert for alder og kjønn). Året 2010 betyr her et gjennomsnitt for perioden 2008-2010.

Dagens velferdsordninger gir den enkelte et viktig sikkerhetsnett, men det kan også være uheldig for helse dersom man ikke lenger har et arbeid å gå til. Man mister blant annet det sosiale nettverket som man har på jobben. Grupper som står utenfor arbeidsliv og skole har ofte dårligere psykisk helse og mer usunne levevaner enn personer som er i arbeid. De siste ti årene har andelen som får sykmelding og uføretrygd vært høyere i Norge enn i andre OECD-land.

Skolemiljø og utdanning

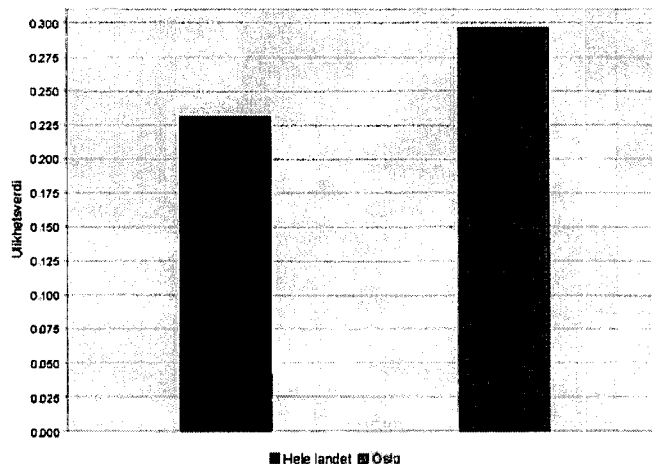
Trivsel i undervisningssituasjonen påvirker elevenes motivasjon for læring og deres evne til å mestre faglige utfordringer. Trivsel og skoleprestasjoner i grunnskolen påvirker dermed mulighetene til å fullføre videregående utdanning. Gruppen som faller ut av videregående skole, har oftere dårligere helse, mindre sunne levevaner og dårligere økonomi.

Utdanning bidrar til å fremme helse videre i livet gjennom arbeid og deltakelse i samfunnet. Skolen er dessuten en viktig sosial arena som gir venner, fellesskap og følelse av tilhørighet.

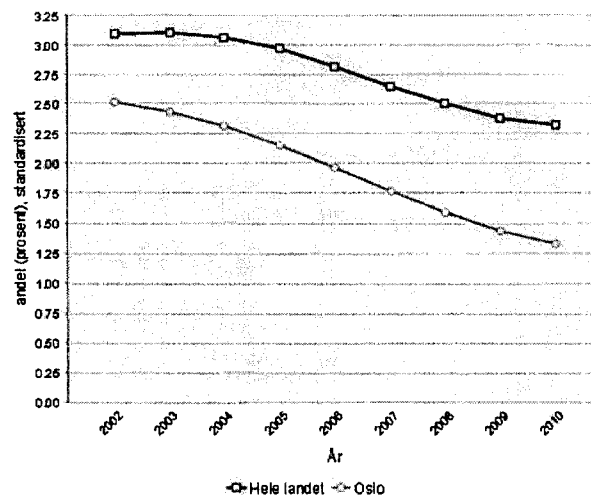
Data om faglige ferdigheter, trivsel og fravær av mobbing i barne- og ungdomsskolen kan sammen gi en bredere forståelse av skolemiljøet i kommunen og peke på områder for å forebygge frafall i videregående skole.

Figur 3 viser andel elever på 10. trinn som trives på skolen i 2011. Kommunen er sammenlignet med landet, og tallene er standardisert for kjønn. Året 2011 betyr her et femårig gjennomsnitt for perioden 2007-2011. Begrenset tallgrunnlag kan føre til at kommunens verdier ikke vises.

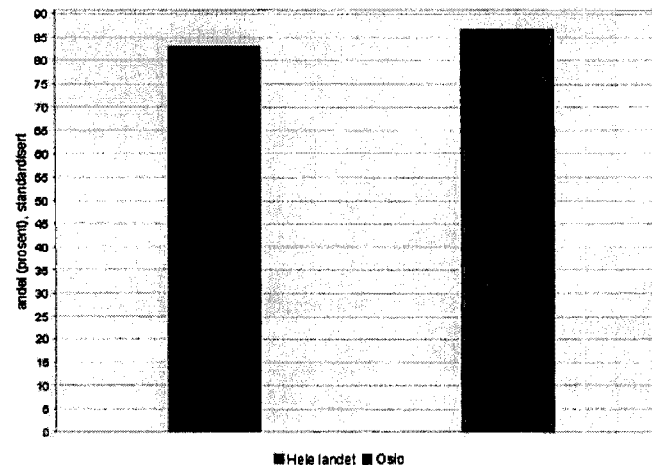
Figur 1. Inntektsulikhet, 2009



Figur 2. Uføretrygdede under 45 år, 2002-2010



Figur 3. Trivsel på skolen, 10. trinn, 2011



Skader og ulykker

Dødeligheten av skader og ulykker har gått jevnt ned siden 1950-tallet. Likevel er skader og ulykker fortsatt et betydelig helseproblem, spesielt blant barn, unge og eldre.

Blant eldre er hoftebrudd spesielt alvorlig fordi det kan medføre redusert funksjonsevne og behov for hjelp, og dermed redusert livskvalitet. En sterkt medvirkende årsak til brudd blant eldre, særlig for kvinner, er lav benmasse (osteoporose). Blant ungdom og unge menn forårsaker trafikkulykker både redusert helse og tapte liv.

Figur 4 viser personskader etter ulykker behandlet i sykehus (alle aldre) i 2010. Kommunen er sammenlignet med landet, og tallene er standardisert for alder og kjønn. Året 2010 betyr her et treårig gjennomsnitt for perioden 2008-2010. Begrenset tallgrunnlag kan føre til at kommunens verdier ikke vises.

Statistikk over dødsårsaker og sykehusbehandlede personskader viser kun omfanget av de alvorligste ulykkesskadene. I tillegg er det mange mindre alvorlige ulykkesskader. Det arbeides med å få bedre oversikt over ulykker og skader i Norge.

Levevaner

Røyking er den levevanen som i dag har størst betydning for folkehelsen. Selv om andelen røykere har gått ned, røyker fortsatt en stor del av befolkningen. Hos eldre ser vi at mange rammes av røykerelaterte sykdommer som lungekreft, kols og hjerte- og karsykdommer. Forekomsten av slike sykdommer i kommunen sier noe om tidligere års levevaner, se også punktet "helse og sykdom" nedenfor.

Figur 5 viser røyking blant gravide ved første svangerskapskontroll i kommunen sammenlignet med landet (tiårig glidende gjennomsnitt, standardisert for alder). Året 2010 betyr her et gjennomsnitt for perioden 2001-2010. Begrenset tallgrunnlag kan føre til at kommunens verdier ikke vises.

Fysisk aktivitet, kosthold, sosiale aktiviteter og bruk av rusmidler er eksempler på andre levevaner som har stor betydning for fysisk og psykisk helse i alle aldersgrupper. Tilrettelegging for fysisk aktivitet, gode nærmiljøer og stimulering av sosiale aktiviteter er eksempler på områder hvor kommunen har muligheter til å påvirke folkehelsen på en positiv måte.

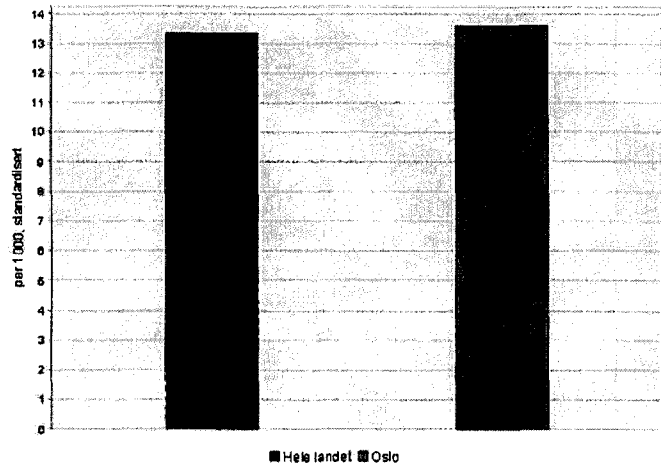
Helse og sykdom

Forekomsten av hjerte- og karsykdommer, kols, diabetes og røykerelaterte kreftsykdommer forteller noe om befolkningens tidligere levevaner. Vi har imidlertid lite statistikk om forekomst av livsstilssykdommer i kommunene.

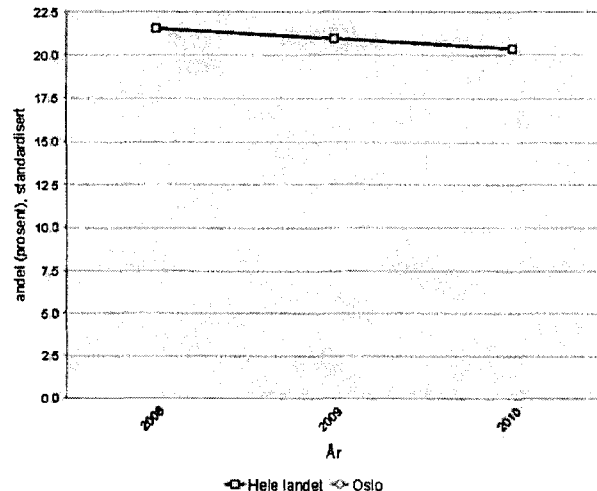
Figur 6 er basert på dødsårsaksregisteret og viser utviklingen i dødeligheten av hjerte- og karsykdommer i aldersgruppen 0-74 år. Kommunen er sammenlignet med landet (tiårig glidende gjennomsnitt, standardisert for alder og kjønn). Året 2009 betyr her et gjennomsnitt for perioden 2000-2009. Hvis dødeligheten er høy, er det ofte et signal om høy sykkelighet av blant annet infarkt og hjerneslag. Begrenset tallgrunnlag kan føre til at kommunens verdier ikke vises.

Også legemiddelstatistikken kan indirekte si noe om forekomsten av livsstilssykdommer, men data fra Resepregisteret må tolkes varsomt. Forskrivningspraksis kan variere mellom kommuner, og et legemiddel brukes ofte mot flere ulike sykdommer.

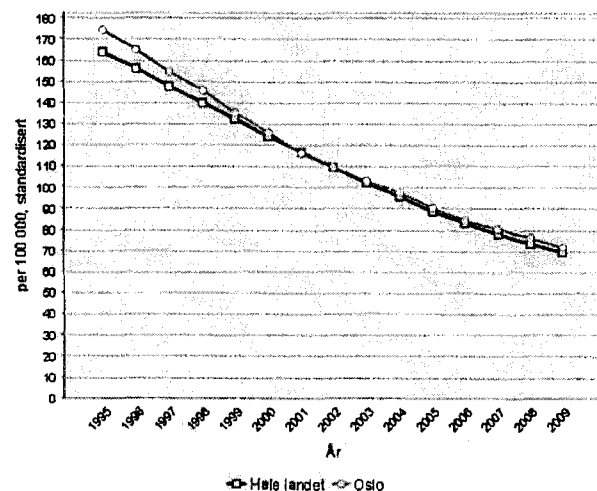
Figur 4. Sykehusbehandlede ulykkesskader, 2010



Figur 5. Røyking ved første svangerskapskontroll, 2008-2010



Figur 6. Dødelighet av hjerte- og karsykdom, 1995-2009



Folkehelsebarometer for din kommune

I oversikten nedenfor sammenlignes noen nøkkeltall i kommune og fylke med landsjall. Kommuner og fylker kan ha en alders- og kjønns sammensetting som avviker fra landsgjennomsnittet, og dette tas det hensyn til i talkolonene til venstre og i figuren. I kolonnene til høyre finner du nøkkeltallets omfang uten alders- og kjønnskorrigerering.

Figuren fremstiller forholdstallene på en skala som øker fra 50 til 200 eller synker fra 200 til 50, avhengig av indikator. Forholdstall som er lavere enn 50 eller høyere enn 200 vises som halvsirkel i figurens ytterkant. Forskjellen mellom kommunen og landet er testet for statistisk signifikans, se www.fhi.no/kommnehelsa

- Kommunen ligger bedre an enn landet for øvrig dette året/denne perioden
- Kommunen ligger dårligere an enn landet for øvrig dette året/denne perioden
- Testen viser at det er usikkert om kommunen ligger dårligere eller bedre an enn landet
- ◇ Ikke testet for statistisk signifikans
- ◆ Gjennomsnittsverdien for fylket (ikke testet for statistisk signifikans)
- ▬ Variasjonen mellom kommunene i fylket
- | Gjennomsnittet for Norge

"Grønn" verdi for et helssmål kan likevel innebære en viktig folkehelseutfordring for kommunen, da landsnivået ikke nødvendigvis representerer et ønsket nivå. For å få en mer helhetlig oversikt over utviklingen i kommunen kan du lage diagrammer i KommuneHelse statistikkbank. Les mer på www.fhi.no/kommnehelsa og se KommuneHelse statistikkbank <http://khs.fhi.no>

Indikator	Forholdstall (Norge = 100)		Folkehelsebarometer for kommunen			Observerte verdier (ikke standardisert)		
	Kommune	Fylke	Kommune	Fylke	Norge	Kommune	Fylke	Norge
1 Fødsle	138	138				17	17	13
2 Befolkningsvekst	-	-				2,1	2,1	1,3
3 Befolkning i yrkesaktiv alder	107	107				72	72	67
4 Befolkning over 80 år	85	85				3,8	3,8	4,5
5 Befolkning over 80 år, framskrevet	72	72				2,9	2,9	4,1
6 Forventet levealder, menn	99	99				76	76	77
7 Forventet levealder, kvinner	99	99				81	81	82
8 Grunnskole som høyeste utdanning	83	83				12	12	15
9 Lavinntekt	154	154				15	15	9,5
10 Inntektsulikhet, Gini	128	128				0,3	0,3	0,23
11 Arbeidsledige	124	124				3,6	3,6	2,9
12 Ufaretrygdede	57	57				1,2	1,2	2,3
13 Barn av enslige forsørgere	110	110				17	17	16
14 Forskriftsmessig drikkevann mhp E.coli	116	116				100	100	86
15 Personskader, behandlet i sykehus	102	102				13	13	13
16 Trives på skolen, 10. kl.	104	104				87	87	83
17 Mobbes på skolen, 10. kl.	96	96				8,6	8,6	8,9
18 Laveste mestringsnivå i lesing	86	86				23	23	27
19 Frafall i videregående skole	97	97				25	25	26
20 Røyking, kvinner	-	-				-	-	20
21 Overvekt	-	-				-	-	-
22 Sosial ulikhet i dødelighet	-	-				-	-	-
23 Behandlet i sykehus	94	94				149	149	163
24 Psykisk lidelse, behandlet i sykehus	111	111				32	32	28
25 Psykisk lidelse, legemiddelbrukere	101	101				127	127	131
26 Hjerte-karsykdom, behandlet i sykehus	97	97				15	15	18
27 Hjerte-karsykdom, dødelighet	103	103				61	61	69
28 KOLS, behandlet i sykehus	111	111				3,4	3,4	3,2
29 KOLS og astma, legemiddelbrukere	100	100				94	94	95
30 Kreft, dødelighet	107	107				104	104	113
31 Type 2-diabetes, legemiddelbrukere	119	119				31	31	31
32 Hoftebrudd, behandlet i sykehus	104	104				2	2	2,2
33 Lav fødselsvekt	108	108				5,6	5,6	5,1
34 Høy fødselsvekt	72	72				2,8	2,8	3,8

Forklaring (tall viser til linjenummer i tabellen ovenfor):

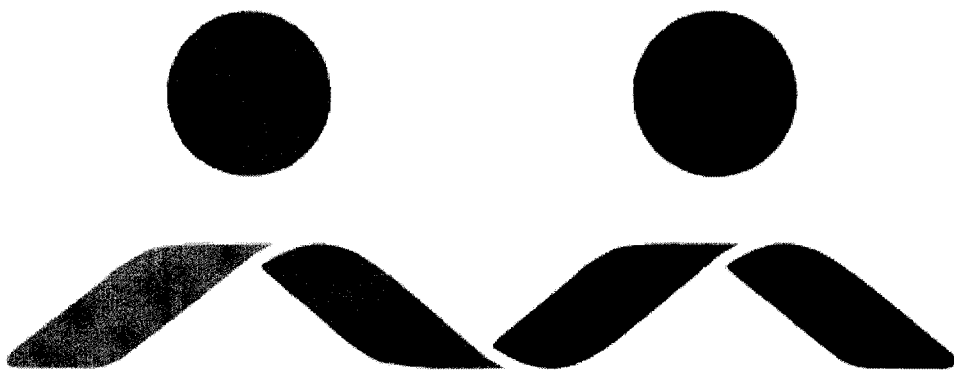
Forkortelser: IAS=Indirekte aldersstandardisering, IKS=Indirekte kjønnsstandardisering

1. Per 1000, 2010. 2. %, 2010. 3. %, 16-66 år, 2011. 4. %, 2011. 5. % i 2020. 6/7. Beregnet basert på aldersspesifikk dødelighet, 15 års gjennomsnitt, 2009. 8. %, 30-39 år, IAS, IKS, 2010. 9. % personer som bor i husholdninger med inntekt lavere enn 60 % av medianinntekt (EU), 2009. 10. Mål på inntektsforskjeller. Skala 0-1 der høyere verdi indikerer større ulikhet, 2009. 11. % av personer i arbeidsstyrken, 2010. 12. %, 18-44 år, IAS, IKS, 2010. 13. % av alle barn det betales barnetrygd for, 2010. 14. Andel personer tilknyttet vannverk med forskriftsmessig tilfredsstillende analyseresultater m.h.p. E.coli i prosent av befolkning tilknyttet rapportpliktig vannkilde, 2009. 15. Per 1000, 3-årig gjennomsnitt, IAS, IKS, 2010. 16. %, 5-årig gjennomsnitt, IKS, 2011. 17. %, 5-årig gjennomsnitt, IKS, 2011. 18. % av 5. klassinger, 2-årig gjennomsnitt, IKS, 2010. 19. %, 2-årig gjennomsnitt, 2010. 20. % av kvinner på første svangerskapskontroll, 10-årig gjennomsnitt, IAS, 2010. 21. Data mangler. 22. Data mangler. 23. Per 1000, ekskl. psykiatrisk sykehus, 3-årig gjennomsnitt, IAS, IKS, 2010. 24. Inkludert polikliniske konsultasjoner, per 1000, 3-årig gjennomsnitt, IAS, IKS, 2010. 25. Per 1000, 0-74 år, 3-årig gjennomsnitt, IAS, IKS, 2010. 26. Per 1000, 3-årig gjennomsnitt, IAS, IKS, 2010. 27. Per 100 000, 0-74 år, 10-årig gjennomsnitt, IAS, IKS, 2009. 28. Per 1000, >45 år, 3-årig gjennomsnitt, IAS, IKS, 2010. 29. Per 1000, 45-74 år, 3-årig gjennomsnitt, IAS, IKS, 2010. 30. Per 100 000, 0-74 år, 10-årig gjennomsnitt, IAS, IKS, 2009. 31. Per 1000, 30-74 år, 3-årig gjennomsnitt, IAS, IKS, 2010. 32. Per 1000, 3-årig gjennomsnitt, IAS, IKS, 2010. 33. %, 10-årig gjennomsnitt, 2010. 34. %, 10-årig gjennomsnitt, 2010.

Datakilder: Statistisk sentralbyrå, Dødsårsaksregisteret, NAV, Utdanningsdirektoratet, Vannverksregisteret, Norsk pasientregister, Medisinsk fødselsregister og Reseptregisteret. For mer informasjon om indikatorene, se <http://khs.fhi.no>

Forslag til

Folkehelseplan 2013 – 2016



Folkehelse i Oslo

Helseetaten

Forslag 12.03.2012

Forord

Oslo kommune skal ha et folkehelseperspektiv i alle virksomheter. Dette innebærer at alle ansatte skal ta hensyn til folkehelsen når beslutninger fattes, planer legges og arbeid utføres.

Folkehelseplan (2013 -2016) for Oslo er en overordnet plan for utjevning av sosiale forskjeller i helse og levekår. Planen er et verktøy for byrådsavdelinger, etater, bydeler og øvrige virksomheter i kommunen. Den skal også legge grunnlaget for samarbeid med frivillige organisasjoner, forskningsmiljøer, privat- og offentlig sektor.

I forrige folkehelseplan ble innsatsområdene valgt ut fra påvirkningsfaktorer med stor betydning for individets helse og risiko for å utvikle sykdom. Nåværende folkehelseplan vil ivareta tidligere innsatsområder, samtidig som barn og unge (0-25 år) skal løftes frem. En spesiell satsning på barn og unge skal ikke utelukke at tiltak og oppmerksomhet rettes mot andre befolkningsgrupper. Innsats rettet mot barn og unge vil også direkte og indirekte bidra positivt for andre grupper og områder.

Folkehelseloven stiller krav til struktur, forankring, helseovervåkning, dokumentert kunnskap, tverrsektoriell samhandling og økonomiske prioriteringer. På bakgrunn av dette har folkehelseplanen fire strategier for folkehelsearbeidet i Oslo kommune:

- Strategi 1: Forankring
- Strategi 2. Helseovervåkning
- Strategi 3. Kommunikasjon
- Strategi 4: Satsningsgruppe

Visjonen for Folkehelseplan 2013- 2016 er "Glad i Oslo".

INNHold

Forord	2
Sammendrag	6
1 Innledning	9
2 Folkehelsepolitikk i utvikling	10
2.1 Innledning.....	10
2.2 Folkehelseloven, en politisk dreining – konsekvenser for Oslo.....	10
2.3 Ansvar i alle sektorer.....	10
2.3.1 Organisering av folkehelsearbeidet i Oslo.....	12
2.3.2 Budsjettet i et folkehelseperspektiv.....	13
2.3.3 Noen gode eksempler.....	13
2.4 Nasjonale forventninger til kommunal planlegging.....	14
3 Grunnprinsipper og påvirkningsfaktorer	16
3.1 Innledning.....	16
3.2 Grunnprinsipper – grunnmuren i folkehelsearbeidet.....	16
3.2.1 Utjevning.....	16
3.2.2 Bærekraftig utvikling.....	16
3.2.3 Medvirkning.....	17
3.2.4 Førre – var.....	17
3.2.5 ”Helse i alt vi gjør”.....	17
3.3 Påvirkningsfaktorer.....	18
3.4 Samarbeid og partnerskap.....	19
3.5 Kommunikasjon for bedre helse, trivsel og livskvalitet.....	19
3.6 Helsefremmende eller forebyggende arbeid?.....	19
3.7 Helsefremmende og forebyggende innsats lovfestes.....	20
4 Folkehelse - utfordringsbildet i Oslo	21
4.1 Statistikkgrunnlag.....	21
4.1.1 Fylkesbarometeret.....	21
4.1.2 Barnebarometeret.....	22
4.1.3 Kommunehelse statistikkbank og folkehelseprofiler.....	22
4.1.4 Databasen Oslohelse.....	22
4.1.5 utfordringer for helseovervåkning.....	23
4.2 Oslo i vekst.....	24
4.3 Sosial ulikhet i helse og levekår.....	25
4.4 Tidlig intervensjon – vi skal starte med barn og unge.....	29
4.4.1 Kropp og selvbilde.....	30
4.4.2 Psykisk helse hos barn og unge.....	32
4.4.3 Selvmord i Oslo.....	33
4.4.4 Selvmord i bydelene.....	34
4.4.5 Ungdom og selvmord.....	34
4.5 Kompetanse.....	35
5 Mål og tiltak	37
5.1 Visjon.....	37
5.2 Hovedmål.....	37

5.3	<i>Strategier</i>	37
5.4	<i>Tversgående prinsipper for Oslo kommune</i>	37
5.5	<i>Strategier, mål og tiltak</i>	39
	Figurliste	46

Sammendrag

Etter innledningene i **kapittel 1** tar **kapittel 2** for seg en folkehelsepolitikk i utvikling og viser til overordnede mål for folkehelsepolitikken definert som “flere leveår med god helse i befolkningen i sin helhet” og “redusere sosiale helseforskjeller mellom ulike sosioøkonomiske grupper, etniske grupper, kjønn og legning”. Det skal være et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid på tvers av sektorer, nasjonalt, regionalt og lokalt. Arbeidet skal ivaretas gjennom en tverrdepartemental folkehelsestrategi som regjeringen legger frem i 2012.

Det vises videre til ny folkehelselov gjeldende fra 1.1.2012. Loven erstatter “lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet”. Som en konsekvens av loven pålegges Oslo å jobbe aktivt for å utjevne sosiale helseforskjeller, styrke faktorer som virker positivt på helsen og beskytte mot faktorer som kan virke negativt på innbyggerens helse. Loven fører til en perspektivforskyvning fra et sykdomsperspektiv til et påvirkningsperspektiv. Folkehelse-loven stiller krav til en samfunnsrettet folkehelsepolitikk som utfordrer alle samfunnssektorer til å ta et selvstendig ansvar og et ansvar for samarbeid om bedre folkehelse.

Videre er det i kapittel 2 vist hvordan folkehelseloven vil føre til et større ansvar i alle sektorer i kommunen. Loven legger vekt på tverrfaglighet, planforankring og en bærekraftig utvikling. Folkehelsearbeide skal knyttes dirket opp mot plan- og bygningsloven (§3). Paragrafene i folkehelseloven følger en logikk med hensyn til oppgaver og ansvar:

1. Oslo skal ha **oversikt** over utfordringsbildet og fokus på kunnskap om sammenheng mellom ulike påvirkningsfaktorer på helse og levekår. Oversikten skal baseres på kunnskap, erfaringer og dokumentasjon fra alle sektorer i kommunen.
2. Definerte folkehelseutfordringer skal legge grunnlaget for drøftinger i arbeidet med kommunenes **planstrategi** og legger grunnlaget for diskusjoner om hvilke planer kommunen har bruk for.
3. **Innhold og retning** i blant annet budsjetter, byutvikling og samfunnsutvikling skal vurderes med tanke på eksisterende folkehelseutfordringer.
4. I henhold til folkehelseloven har Oslo ansvar for å sette inn **tiltak** for å møte helseutfordringene samlet, men også utfordringer i bydeler eller i deler av byen. Mye av ansvaret for å følge opp folkehelseutfordringer og tiltak vil i praksis ligge til bydelene. Kapittelet synliggjør konsekvenser nytt lovverk får for bydeler, etater og andre virksomheter.
5. **Evalueringer** og dokumentasjon og effekt eller uteblitt effekt skal til slutt legge grunnlaget for videre valg og oversikter.

Det er videre foreslått en organisering av folkehelsearbeid i Oslo kommune. Organiseringen fremgår av modellen vedlegg 1. Overordnet ansvar for strategiske valg og retning av arbeidet er koblet til et folkehelseråd bestående av ledere på høyt nivå i kommunen. Et folkehelsesekretariat skal koordinere folkehelsearbeidet og fungere som sekretariat for folkehelserådet. Modellen legger vekt på tverrsektorielt samarbeid, nettverk og arbeidsgrupper. Det forutsettes at alle bydeler ansetter folkehelsekoordinator i 100 % stilling, og at det opprettes folkehelsekontakter i etatene. I kapittelet omtales kort kommunens budsjett i et folkehelseperspektiv og det vises til satsninger som har hatt betydning for det store folkehelsearbeidet i Oslo (Groruddallsatsingen og Handlingsprogramm Oslo Indre Øst). Avslutningsvis tar kapittel 2 for seg de viktigste nasjonale forventningene til kommunal planlegging. Forventninger er knyttet til seks definerte kategorier.

Kapittel 3 tar for seg grunnprinsipper og de viktigste påvirkningsfaktorer i folkehelsearbeidet. Først gis det en kort oversikt over de fem grunnprinsippene; utjevning, brekraftig utvikling, medvirkning, føre – var og ”helse i alt vi gjør”. Deretter omtales ulike påvirkningsfaktorer på helse. Et viktig hovedelement er at det ofte er påvirkningsfaktorer og tiltak som ikke kobles direkte til helse, som har store helsemessige konsekvenser for befolkningen. Å kunne analysere og forstå samspillet mellom individuelle faktorer (alder, kjønn, biologi), sosiale nettverk (samspill mellom mennesker og miljø), og generelle sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige betingelser blir viktig for å forstå hvordan møte folkehelseutfordringer og endringer i levekår og helse.

Det er behov for godt samarbeid og partnerskap mellom ulike aktører i kommunen, men også mellom kommunen og andre parter som blant annet; frivillig sektor, universitets- og høyskolemiljøer, andre kommuner og fylkeskommuner. For å møte folkehelseutfordringene vil Oslo kommune måtte legge vekt på kommunikasjon for å skape engasjement, involvere og oppnå tverrfaglig samhandling. Det blir viktig å heve forståelsen av hva som påvirker helsen, både blant befolkningen generelt og blant ansatte i alle sektorer.

Avslutningsvis tar kapittel 3 for seg grenseoppgangen mellom helsefremmende og forebyggende arbeid. Folkehelsearbeidet skal i hovedsak være basert på helsefremmende tiltak, men man vil hele tiden måtte ha fokus på hvilke strategier som fungerer best for å oppnå ønskede resultater. Folkehelseloven er et viktig verktøy for å nå Samhandlingsreformens intensjoner om å bedre helsen til den enkelte, utjevne helseforskjeller og sikre en bærekraftig velferdsstat for fremtiden. Arbeidet skal oppnås gjennom å dreie innsatsen mot helsefremmende og forebyggende arbeid, er med Folkehelseloven bli lovfestet.

Kapittel 4 omtaler kort utfordringsbildet i Oslo. Innledningsvis er det en gjennomgang av tilgjengelig statistikkgrunnlag som skal bidra til oversiktsarbeidet Oslo kommune er på lag med den Folkehelseloven. Fylkesbarometeret driftes av Folkehelseinstituttet og viser utvalgte indikatorer på helsetilstand og risikofaktorer for sykdom. Barnebarometeret vil komme som et resultat av regjeringens nasjonale strategi for barn og unges miljø og helse. For Oslo blir det viktig at relevante data i ”Barnebarometeret” blir å finne på bydelsnivå. Kommunehelse statistikkbank ble lansert 10.1.2012. Statistikkbanken eies av Helsedirektoratet, driftes av Folkehelseinstituttet, og inneholder statistikk om helse, sykdom, risikofaktorer og befolkningen i norske kommuner. Det blir viktig for Oslo å etablere et langsiktig samarbeid med Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet for å sikre data på bydelsnivå.

Helsedirektoratet lanserte også Folkehelseprofiler for kommunene sammen med Kommunehelse statistikkbank. Dette er et firesides faktaark og er ment som et bidrag til kommunes oversiktsarbeid. Folkehelseprofilene vil komme ut en gang i året, og skal på sikt utgis også på bydelsnivå i Oslo. På den måten vil de kunne understøtte bydelenes kartlegging av blant annet påvirkningsfaktorer, helse (fysisk og psykisk) og trivsel i egen bydel.

Oslo kommunes egen database Oslohelse skal videreutvikles i tråd med krav som stilles til oversiktsarbeidet i henhold til folkehelseloven. Databasen viser statistikk for helsetilstand og påvirkningsfaktorer på helse. Oslohelse er et supplement til fylkesbarometeret og Kommunehelse statistikkbank og har i dag enkelte statistikker på bydelsnivå.

Det er i kapittelet lagt vekt på at statistikk som benyttes i arbeidet med eksempelvis planstrategier, byplanlegging og byutvikling er viktig for å analysere og forstå folkehelseutfordringene i Oslo. En av de største utfordringene Oslo har er å få brutt ned data på bydelsnivå og delbydelsnivå, samt få en samlet oversikt over eksisterende statistikk som er

aktuelle for folkehelseområdet. Det er også behov for et system for kartlegging av erfaringsbasert kunnskap.

Kapittel 4 ser også på konsekvensen av at Oslo er en av Europas hurtigst voksende byer. Utfordringen er å ivareta innbyggernes helse og levekår og flere områder med betydning for folkehelsearbeidet er påpekt spesielt. Videre er det synliggjort utfordringer Oslo har med hensyn til sosial ulikhet i helse og levekår. For å møte utfordringene skal Oslo kommune legge vekt på tidlig intervensjon, ved å starte med barn og unge. Det er viktig å være bevisst på at barn og unge ikke må påføres usunne holdninger til mat og trening, samtidig som dette fokuset ikke skal hindre iverksetting av tiltak for å bekjempe utviklingen av overvekt og fedme. Det vises også til at psykiske vansker er et utbredt helseproblem blant barn og unge i dag, og det er behov for større kunnskap om barn og unges livssituasjon i Oslo. Ved å fange opp barn som står i fare for å utvikle ulike lidelser er sjansen større for å nå frem med effektive tiltak. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten, barnehagen, aktivitetsskolen og skolen er sentrale arenaer for å bidra til god psykisk og fysisk helse. Dialog med barn og unge i like deler av byen skal også prioriteres slik at de i større grad blir delaktige i planlegging og utvikling av aktiviteter, kulturtilbud byrom, nærmiljø, aktivitetsområder og idrettsanlegg.

Det er også behov for mer kunnskap om ungdom og selvmord. Selvmord er resultat av en kompleksitet som vi trenger større innsikt i. I tillegg blir det viktig å sette ansatte i stand til å oppdage selvmordsrisiko blant barn og unge. Kompetanse hos nøkkelpersoner vil være et hovedmål for å kunne møte definerte utfordringer og et mål om tidlig intervensjon.

Kapittel 5 tar for seg visjon, hovedmål, strategier, tiltak og tversgående prinsipper for folkehelsearbeidet i Oslo kommune 2013 – 2016. Dette er satt i system i som fremkommer i figur.

1 Innledning

Oslo er landets hovedstad og største by, men blir bare i regional sammenheng betraktet som en storby. Med en bredt sammensatt befolkning på i overkant av 600 000 innbyggere, er byen en smeltedigel av mennesker og kulturer. Oslo regnes for å være en av Europas rikeste byregioner. Sentralt plassert innerst i Oslofjorden er byen et viktig senter for verdiskapning og kunnskapsutvikling. Oslo har som eneste kommune i Norge både kommunale og fylkeskommunale oppgaver og ansvar på begge nivåer.

Folkehelseplan for Oslo 2013-2016 skal bidra til at Oslo er en levende og trygg by, ikke bare for de som bor i byen, men også for pendlere og besøkende. Oslo skal være en god by å leve i, hvor miljø, holdninger og stemninger bidrar positivt til folks helse og trivsel. Befolkningen i Oslo skal ha mulighet til å utfolde seg, være fysisk aktive og oppleve glede ved å fungere, ut i fra den enkeltes forutsetninger.

Oslo kjennetegnes i dag av et stort mangfold. Både med hensyn til sammensetningen av innbyggerne, men også med hensyn til naturen, friområder, sjøen, marka og årstidene. Hovedstaden kan vise til generelt god helse og gode levekår sammenliknet med en rekke andre byer og land. Bak gjennomsnittstallene skjuler det seg til dels store forskjeller mellom øst og vest i byen, mellom de ulike bydelene og innenfor den enkelte bydelen. Økende sosiale forskjeller i helse er utpekt som en av vår tids største utfordringer innenfor folkehelse.

Samhandlingsreformen¹ og endringer i lovverket stiller nye krav til folkehelsearbeidet. Konsekvensene av ny folkehelselov innebærer at Oslo kommune får et helhetlig ansvar for folkehelsen og for å ha oversikt over ulike faktorer som påvirker befolknings helse. I denne planen ønsker vi å dreie folkehelsearbeidet til å ha et påvirkningsperspektiv ut fra ny folkehelselov.

Planen skal støtte opp under og løfte frem det helsefremmende og forebyggende arbeidet som allerede skjer i Oslo. Den skal være et verktøy for videreutvikling av gode folkehelseiltak og sikre at samhandling, koordinering på tvers av sektorer bidrar til at Oslo kommune etablerer en god struktur for folkehelsearbeidet. Forankring, helseovervåkning og målrettet satsning og tiltak skal bedre innbyggernes helse og utjevne sosiale forskjeller i helse og levekår.

De neste kapitlene vil komme nærmere inn på utvikling av folkehelsepolitikken, grunnprinsipper i folkehelsearbeidet og utfordringsbildet i Oslo. Deretter presenteres visjon, hovedmål, strategier og tiltak som danner grunnlaget for Oslo kommunes folkehelsearbeid i planperioden 2013-2016.

¹ St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet

2 Folkehelsepolitikk i utvikling

2.1 Innledning

De overordnede målene for folkehelsepolitikken i Norge er ”flere leveår med god helse i befolkningen som helhet” og ”reduere sosiale helseforskjeller mellom ulike sosioøkonomiske grupper, etniske grupper, kjønn og legning”.^{2,3} Videre skal det være et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid på tvers av sektorer, nasjonalt, regionalt og lokalt.⁴ Arbeidet skal også ivaretas gjennom en tverrdepartemental folkehelsestrategi som regjeringen skal legge frem i løpet av 2012.

Ny lov om folkehelse⁵ ble vedtatt i 2011 og er gjeldende fra 1.1.12. Loven erstatter ”Lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet”⁶. Med ny folkehelselov tas det et nytt grep for å sikre befolkningens helse og samfunnets bærekraftige utvikling. Folkehelseloven og kommunal helse- og omsorgstjenestelov⁷ kom i kjølvannet av tidligere stortingsmeldinger og samhandlingsreformen.

2.2 Folkehelseloven, en politisk dreining – konsekvenser for Oslo

Folkehelseloven fører til at Oslo kommune fra 1.1.2012 pålegges å jobbe aktivt for utjevning av sosiale helseforskjeller, styrke faktorer som virker positivt på helsen og beskytte mot faktorer som virker negativt på helsen. Vektingen av et bredt spekter av påvirkningsfaktorer, betyr en dreining fra et sykdomsperspektiv til et påvirkningsperspektiv.

Perspektivforskyvningen får konsekvenser for organiseringen av folkehelsearbeidet og vil også påvirke ansvarsfordelingen i folkehelsearbeidet i Oslo. Loven stiller krav til en samfunnsrettet folkehelsepolitikk og utfordrer alle samfunnssektorer til å ta et selvstendig ansvar og et ansvar for samarbeid for bedre folkehelse. Det er ofte strukturelle tiltak, som retter seg mot brede målgrupper, som når best ut til sårbare grupper.

2.3 Ansvar i alle sektorer

Helsen til innbyggerne i Oslo er i hovedsak et resultat av forhold som ikke bare er knyttet til helsesektoren. Dette er i seg selv ikke noe nytt, men med økt bevissthet om de sosiale helseforskjellene er det lagt større vekt på påvirkningsfaktorer i folkehelsearbeidet. Med samhandlingsreformen og nytt lovverk, blir helsesektorens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid, nå fordelt på *hele* kommunen. I henhold til ny folkehelselov er det kommunen som har ansvar for å fastsette mål og strategier for folkehelsearbeidet. Ansvar og tiltak knyttes til alle sektorer. Dette skal sikre gode oppvekst- og levekår og et samfunn som legger tilrette for sunne levevaner, fremmer felleskap, trygghet og deltakelse.

² St.mld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge

³ Helsedirektoratet (2009). Begreper og prinsipper for å utjevne sosiale ulikheter i helse. Utjevning av helseforskjeller del 1 (IS-1665) og del 2 (IS-1666).

⁴ St.mld. nr. 16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)

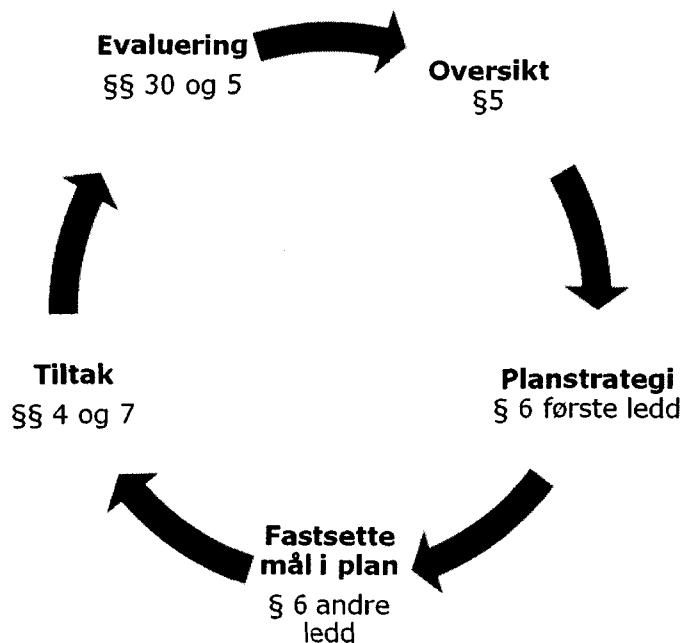
⁵ Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven), Prop. 90 L (2010-2011)

⁶ Lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet. Ot.prp. nr. 73 (2008-2009)

⁷ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), Prop. 91 L (2010-2011)

Folkehelseloven legger vekt på tverrfaglighet, planforankring og det at loven skal støtte opp under en bærekraftig utvikling. Det er også viktig å understreke at folkehelsearbeidet er knyttet direkte opp mot plan- og bygningsloven der arbeidet blant annet er hjemlet i § 3 gjennom å:

- legge til rette for god forming av bygde omgivelser, gode bomiljøer og gode oppvekst og levekår i alle deler av landet (punkt e)
- fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller samt bidra til å forebygge kriminalitet (punkt f)



Figur 1 Planprosessen med henvisning til paragrafer i folkehelseloven

Som vist i figuren ovenfor følger paragrafene i folkehelseloven en logikk med hensyn til både oppgaver og ansvar. Oslo skal ha **oversikt** over utfordringsbildet og fokus på og kunnskap om sammenheng mellom ulike påvirkningsfaktorer. Oversikten må bygge på et helhetlig bilde av kommunens folkehelseutfordringer og den skal være basert på kunnskap, erfaringer og dokumentasjon fra alle sektorer i kommunen. Det betyr at ansvaret for folkehelsen må kobles til flere sektorers politikk og ansvarsområde.

Definerte folkehelseutfordringer skal (jf. Plan- og bygningsloven § 10) brukes som grunnlag for drøftinger i forbindelse med kommunens **planstrategi**. Dette utfordringsbildet skal benyttes som utgangspunkt for en diskusjon rundt hvilke planer kommunen har behov for. Det skal sikres at innhold og retning på **målene** for kommunens budsjetter, byutvikling og samfunnsutvikling, er vurdert med tanke på definerte folkehelseutfordringer. Kommunen har mange roller i folkehelsearbeidet; som planmyndighet, samfunnsutvikler og tjenesteyter innen kultur, barnehage, skole, pleie og omsorg. Kommunen forvalter og drifter idretts- og nærmiljøanlegg, parker, natur- og friluftområder. Kommunen har også ansvar for transport og veiutvikling og alle kommunale helse- og omsorgstjenester, som helse- og skolehelsetjenesten, tannhelsetjenesten, smittevern og miljørettet helsevern.

En konsekvens av ny lov er at folkehelsepolitikk og ansvar for folkehelse i større grad må inn i den generelle samfunnsplanleggingen i Oslo. Oslo kommune har fra 1.1.12 et definert ansvar for å iverksette **tiltak** for å møte helseutfordringene i byen samlet, men også utfordringer i den enkelte bydel eller i deler av byen. Tiltakene må knyttes opp mot de virksomhetene som har ansvar og forutsetninger for å påvirke en gitt helseutfordring. Tiltaksplikten er i loven definert som et eksplisitt kommunalt ansvar for de utfordringer som avdekkes. Mye av folkehelsearbeidet som i henhold til loven er lagt til kommunene vil for Oslo i praksis knyttes opp til bydelene. Bydelene skal ta stilling til helseutfordringer i egen bydel, samt ha oversikt over helsetilstanden i sin befolkning. Prioriteringer og tiltak må være synlige og tydelig for den enkelte sektor, og etater og kommunale foretak skal sørge for at folkehelseperspektivet trekkes inn i egne planer og drift.

Oslo kommune har ansvar for å **evaluere** tiltak som settes inn og må til enhver tid vurdere på hvilket nivå ulike evalueringer skal gjøres. Oslo har med sine fylkeskommunale oppgaver ansvar for å følge opp folkehelsearbeidet i bydelene.

Konsekvenser av nytt lovverk for bydeler, etater og andre virksomheter:

1. Folkehelseloven forutsetter en tydeliggjøring av roller mellom byrådsavdelinger, bydeler og etater.
2. De nye helselovene (folkehelseloven og helse- og omsorgstjenesteloven) må implementeres i bydelsreglementet (jfr. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 lovhenvi sning og oppgaver/myndighetsområder).
3. Bydelenes strategiske planer må inneholde strategier for folkehelsearbeidet.
4. Etater må implementere folkehelse i egne virksomhetsplaner/strategiske planer og sikre et folkehelseperspektiv i egen drift.
5. Oslo kommune må arbeide for en varig løsning som sikrer Oslo kommune og bydelene bydelsstatistikk, som grunnlag for å vurdere lokale helseutfordringer.
6. Folkehelseinstituttet drifter Kommunehelsa statistikkbank og vil årlig gi ut Oslo kommunes folkehelseprofil på overordnet nivå og etter hvert på bydelsnivå.
7. Oslohelsa skal sammen med andre statistikkbanker bidra til at kravet om oversikt og helseovervåkning ivaretas på regionalt og lokalt nivå i Oslo.
8. Bydelenes ressurser må gjøre den enkelte bydel i stand til å tilby lokalt tilpassede folkehelse tilbud eller folkehelse tiltak som imøtekommer definerte utfordringer.
9. Tiltaksplikten forutsetter en klargjøring av hva tiltak er og hvordan tiltakene skal evalueres og rapporteres. Valg av tiltak skal være basert på evalueringer og dokumentert effekt eller vedtak om å prøve nye metoder / tiltak.

Som en konsekvens av folkehelseloven får bydeler og etater et ansvar for at folkehelsehensyn tas inn og sikres i ulike deler av planprosessen. Hver enkelt enhet skal se sin virksomhet i tråd med ny lov og definere hvordan de kan bidra til en bedre tilrettelegging for innbyggernes helse og hverdag. Det skal legges til rette for et perspektiv hvor utjevning av sosial ulikhet i helse og innbyggernes helse ivaretas i all planlegging. Helsedirektoratet har gitt ut en moment- og tipsliste som kommunen sentralt og de ulike virksomhetene kan benytte seg av for å sikre at "helse i alt vi gjør"- prinsippet ivaretas.⁸

2.3.1 Organisering av folkehelsearbeidet i Oslo

Alle bydeler og virksomheter arbeider med forhold som direkte eller indirekte påvirker innbyggernes helse og levekår. Med utgangspunkt i folkehelseloven skal folkehelsearbeider i

⁸ Helsedirektoratet (2011) Folkehelse og kommuneplanlegging. Moment- og tipsliste. (IS-0333)

Oslo systematiseres, forankres og formidles på en god måte. Bare på denne måten kan kommunen følge utviklingen av arbeidet og effekten det har på innbyggernes helse. Folkehelsearbeidet i Oslo skal på sikt organiseres som vist i modellen i vedlegg 1. Her er overordnet ansvar for strategiske valg og retning i arbeidet koblet til et folkehelseråd, bestående av ledere på høyt nivå i kommunen. Folkehelsesekretariatet skal i tillegg til den ordinære koordineringen av folkehelsearbeidet, også fungere som sekretariat for folkehelserådet.

Det er i modellen lagt vekt på samarbeid på tvers av virksomheter og bydeler. I tillegg til eksisterende nettverk og arbeidsgrupper, etableres det ressursgrupper som følger opp de fire folkehelsestrategiene i planen. Hver enkelt bydel skal i løpet av perioden ha ansatt egen folkehelsekoordinator (100 % - stilling), og folkehelsekontakter skal være definert i etater, virksomheter og ved alle byrådsavdelingene. Folkehelsesekretariatet vil ha en rådgivende funksjon og skal sikre den daglige fremdriften av arbeidet.

2.3.2 Budsjettet i et folkehelseperspektiv

Oslo kommunens budsjett 2012 og økonomiplan for 2012 – 2015 har definert viktige områder for kommunen i et folkehelseperspektiv. Oslo er en by i sterk vekst, en positiv utvikling som krever at kommunen innretter seg for å ivareta innbyggernes behov for kommunale tjenester på sikt. I budsjettets del 1 er det synliggjort utfordringer knyttet til økt vekst og påfølgende økte utgifter knyttet til utbygging av skoler, barnehager, kollektivtrafikk og annen infrastruktur. Hovedprioriteringene i budsjettet er viktig sett i et folkehelseperspektiv, ved at det er lagt vekt på:

- Oslo i utvikling
- Den verdiskapende byen
- Byens som stiller opp
- Byen for de yngste
- Byen for de eldste
- Den blå-grønne byen
- Transporthovedstaden
- Kulturbyen
- Organisasjon og sikkerhet

Oslo kommune har utviklet et kriteriesystem som legger grunnlaget for budsjettfordelingen til bydelene.⁹ Systemet har vært brukt siden 1991 og har som mål at alle bydeler skal ha samme mulighet til å yte et likeverdig tjenestetilbud til alle innbyggerne. Kriteriene bidrar til at midlene fordeles ut fra antatte behov for kommunale tjenester med utgangspunkt i kjennetegn ved innbyggerne i den enkelte bydel (eksempelvis befolkningens størrelse, alder, sivilstand, utdanningsnivå osv.). Fordi kriteriene er basert på statistikk over forbruk av kommunale tjenester, forskning og undersøkelser om hva som skaper behov for tjenester hos ulike befolkningsgrupper, er de også et viktig verktøy i kommunens arbeid for å utjevne sosiale ulikehet i helse og levekår.

2.3.3 Noen gode eksempler

I Oslo kommunes budsjett for 2012 vises det til Groruddalssatsningen som har pågått siden 2007. Satsningen, som er et samarbeid mellom stat og kommune, har bærekraftig byutvikling, synlig miljøopprustning, bedre livskvalitet og samlet sett bedre levekår i Groruddalen som

⁹ Oslo kommune, Byrådsavdeling for Finans. Kriteriesystemet - Budsjettfordeling til bydelene Bydelenes budsjetter

hovedmål.¹⁰ Ses prosjektet i lys av den nye folkehelseloven, er dette et eksempel på hvordan kommunen gjennom et områdeløft kan ivareta forventningene som ligger til kommunens ansvar for folkehelsearbeidet. Groruddalsatsningen er forankret i kunnskap om status og tilstand i de involverte bydelene og i overordnede planer og budsjetter. Det er lagt vekt på et tett samarbeid med beboere, organisasjoner, borettslag, næringsliv, bydeler og offentlige tjenester. Prosjektet har med sine fire programsatsninger ansvarliggjort en rekke kommunale virksomheter og etater. I perioden 2007 – 2010 ble 228 tiltak gjennomført og evalueringene som gjøres vil kunne si noe om suksessfaktorer, resultater og overføringsverdi til fremtidige prosjekter med betydning for folks helse og levekår i Oslo.¹¹

Handlingsprogram Oslo indre øst er et annet eksempel på hvordan staten og kommunen sammen satset for å bedre levekårene i de tre bydelene Sagene-Torshov, Grünerløkka-Sofienberg og Gamle Oslo. Prosjektet ble gjennomført i perioden fra 1997 til 2006.¹² I evalueringen av arbeidet ble det sett på hvilke endringer i levekår og flyttemønstre som fant sted i indre øst i løpet av perioden programmet har vært i virksomhet. Hovedinntrykket var at det i perioden 1997 og fram til 2003/2004 var en klar forbedring av levekårene, også sammenlignet med andre områder i Oslo. Flere levekårsrelevante indikatorer tydet på dette. Evalueringen viste til en rekke andre konklusjoner som i lys av folkehelseloven vil danne grunnlaget for kommunenes videre planer og tiltak. Eksempelvis ble det trukket frem at de mest negative sidene ved levekårsutviklingen så ut til å være bomiljøet i de kommunale gårdene, og at målsettingen om en mer stabil befolkning, ikke minst blant barnefamilier, ikke ble nådd.

2.4 Nasjonale forventninger til kommunal planlegging

Regjeringen har fastsatt nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging (Kgl. Res. av 24.juni 2011).¹³ Forventningene er plassert i seks ulike kategorier, alle med betydning for forholdet mellom planlegging og folkehelse:

- Klima og energi
- By- og tettstedsutvikling
- Samferdsel og infrastruktur
- Verdiskapning og næringsutvikling
- Natur, kulturmiljø og landskap
- Helse, livskvalitet og oppvekstmiljø

Det er fra nasjonalt hold også gjort flere vurderinger og evalueringer med hensyn til valg av folkehelsestrategier de siste årene. Her er i kort trekk noen av de viktigste funnene som er kommet frem:¹⁴

- Sterkere innsats med hensyn til det lokale utfordringsbildet
- Større oppmerksomhet rundt folkehelse i policy- og politikkutforming.

¹⁰ NIBR/TØI (2011) Midtveisevaluering av Groruddalsatsningen, Oslo

¹¹ Budsjett for Oslo kommune 2012 – Bystyrets vedtak

¹² SSB, Rapport 2006/15. Levekår og flyttemønstre i Oslo indre øst

¹³ Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging, vedtatt ved Kgl. Res. av 24.juni 2011

¹⁴ Helsedirektoratet (2011). Folkehelse og kommuneplanlegging. Moment- og tipsliste. IS-0333.

- Viktig at kommunene aktivt bruker samfunnsplanlegging og planloven i gjennomføringen av Samhandlingsreformen, i tråd med folkehelseloven og helse- og omsorgstjenesteloven.
- Videreutvikle verktøy for tverrsektorielt samarbeid om folkehelse.
- Regionale og sentrale myndigheter må styrke sin veiledning overfor kommunene om miljørette helsevern
- Kommuner og aktører på regionalt nivå må tilføres god fagkompetanse om fremming og betydning av god folkehelse i kommunen og om hvordan kommuneplaner og samfunnsplanleggingsverktøy i ny planlov kan tas i bruk
- Utjevning av sosiale helseforskjeller bør drøftes. Det må legges tydelige og klare mål og aktiviteter for utjevning av sosiale helseforskjeller i planarbeidet.

3 Grunnprinsipper og påvirkningsfaktorer

3.1 Innledning

Den nye folkehelseloven omtaler grunnleggende prinsipper for folkehelsearbeidet og Oslo kommune vil støtte seg på disse. Prinsippene har ligget til grunn for nasjonale føringer for folkehelse i mange år, men får med nedtegnelse i ny lov et annet omfang og innhold. Prinsippene blir i dette kapitlet presentert sammen med et utvalg av sentrale påvirkningsfaktorer med betydning for innbyggernes helse og som vil være avgjørende for det fremtidige folkehelsearbeidet i Oslo.

3.2 Grunnprinsipper – grunnmuren i folkehelsearbeidet

På folkehelseområdet er det spesielt fem prinsipper som er av særlig betydning. Prinsippene avspeiler en verdi og et hensyn som Oslo kommune legger til grunn for folkehelsearbeidet i planperioden.

1. Utjevning
2. Bærekraftig utvikling
3. Medvirkning
4. Føre – var
5. ”Helse i alt vi gjør”

3.2.1 Utjevning

Utjevning av sosiale helseforskjeller er et viktig mål med folkehelsearbeidet. Som det fremgår av Stortingsmelding nr. 20 (2006-2007)¹⁵ mener regjeringen at ”... folkehelsearbeidet i større grad må ta utgangspunkt i samfunnets ansvar for befolkningens helse...”. Den nye folkehelseloven fastslår at utjevningsprinsippet er viktig i alt folkehelsearbeid. Dette innebærer at vi skal arbeide for å motvirke helseforskjeller, uten at gjennomsnittshelsen eller helsen til noen grupper blir dårligere.

3.2.2 Bærekraftig utvikling

Folkehelseloven referer til helse som et grunnleggende behov og en rettighet, som også er grunnlovfestet gjennom bestemmelser om bærekraftig utvikling i Grunnlovens § 110 b. “Enhver har Ret til et Milieu som sikrer Sundhed”. Ser vi på definisjonen av bærekraftig utvikling; “en utvikling som imøtekommer dagens behov uten å ødelegge mulighetene for at kommende generasjoner skal få dekket sine behov”¹⁶, blir det tydelig at menneskelige behov er utgangspunkt for begrepet.

Bærekraftig utvikling betyr i folkehelsesammenheng at man tilrettelegger for en samfunnsutvikling som sikrer grunnleggende behov over tid. I dette ligger det å opprettholde et miljø som fremmer individets helse. Eksempelvis vil helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid være viktig for samfunnsutviklingen ved at friske og arbeidsføre mennesker skaper produksjon, som igjen legger grunnlaget for økonomien og nye generasjoners levekår. Oslo kommunes evne til å takle forventet befolkningsøkning, og konsekvenser dette får for samfunnsstrukturer og enkeltindivid, har betydning for byens bærekraftige utvikling.

¹⁵ St.mld. nr. 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller

¹⁶ Verdenskommisjonen for miljø og utvikling (1987) Vår felles framtid 1987, s. 42

3.2.3 Medvirkning

Medvirkning er et viktig prinsipp i folkehelsearbeidet. Menneskers mulighet og frihet til å ytre egne tanker, ønsker og behov er grunnleggende ut fra et rettighetsståsted, men også ut fra et helsemessig ståsted. Alternativet til medvirkning og det å ha en stemme, kan være maktesløshet og umyndiggjøring. Menneskerettserklæringen artikkel 19 og Grunnlovens § 100 sikrer grunnleggende prinsipper om medvirkning. Barnekonvensjonen skal ivareta de unges stemme, og plan- og bygningsloven er med å sikre innbyggernes medvirkning i plan- og byggeprosesser.

“Empowerment” er et sentralt begrep i folkehelsearbeidet. “Empowerment” handler om menneskers mulighet til å ta i bruk sin egen kraft og stemme. Ordet er ofte oversatt til egenkraftmobilisering, og sier noe om viktigheten av å kunne være tydelig og delaktig og den effekten dette har på individets selvbilde og helse. Begrepet benyttes også til å forklare hvordan et samfunn, lokalsamfunn eller en gruppe kan bruke sin stemme og på den måten skape en forandring, eller bidra til utvikling.

3.2.4 Føre - var

Dersom man er usikker på hvordan noe vil utvikle seg eller påvirke en utvikling, vil man med utgangspunkt i en “føre-var”-tankegang, sette inn tidlige tiltak for å være på den sikre siden. En grunnleggende tanke er at tidlig intervensjon og innsats har en stor samfunnsøkonomisk verdi. Prinsippet legger føringer for hvilke innsatser som igangsettes, når de settes inn og for hvilken retning innsatsene skal ha.

3.2.5 “Helse i alt vi gjør”

Dårlige eller vanskelige levekår kan få sosiale- og helsemessige konsekvenser. Dette er en utfordring som ikke kan løses av helsesektoren alene, men som må møtes med en bred tilnærming på mange områder. Løsningen ligger i samfunnsplanleggingen og er dermed ikke et ansvar for helsevesenet alene. Som nevnt i kapittel 2 er overordnet mål for folkehelsepolitikken i Norge ”flere leveår med god helse i befolkningen som helhet”, og ”reducere sosiale helseforskjeller mellom ulike sosioøkonomiske grupper, etniske grupper, kjønn og legning”². Ved å vektlegge også de sosiale påvirkningsfaktorene, dreies dermed folkehelsearbeidet fra et sykdomsperspektiv til et påvirkningsperspektiv.

For Oslo innebærer dette at bevissthet, planer og tiltak i alle sektorer legger grunnlaget for å skape gode levekår og oppvekstvilkår.^{17, 18,19,20,21,22} Det legges til rette for at innbyggerne kan treffe sunne valg, etablere gode holdninger, fremme felleskap, trygghet og deltakelse. Prinsippet må ses opp mot føringer lagt i plan- og bygningsloven og i folkehelseloven.

¹⁷ *Helse i plan 2010 Sluttrapport (rapport nr 7)* og Lokalt og regionalt folkehelsearbeid 2007-2010 (rapport nr 2)

¹⁸ Vestfold fylkeskommune, Fylkesmannen i Vestfold m.fl. (2009) *Helse i plan - en veileder til med tilhørende Sjekkliste til å ivareta helsehensyn i planer*

¹⁹ Helsedirektoratet (2009). *Helse i Plan - Marsrapporten 2009 (IS-1697)*

²⁰ *Planlegging, vern og utbygging* - En introduksjon til Plan- og bygningsloven

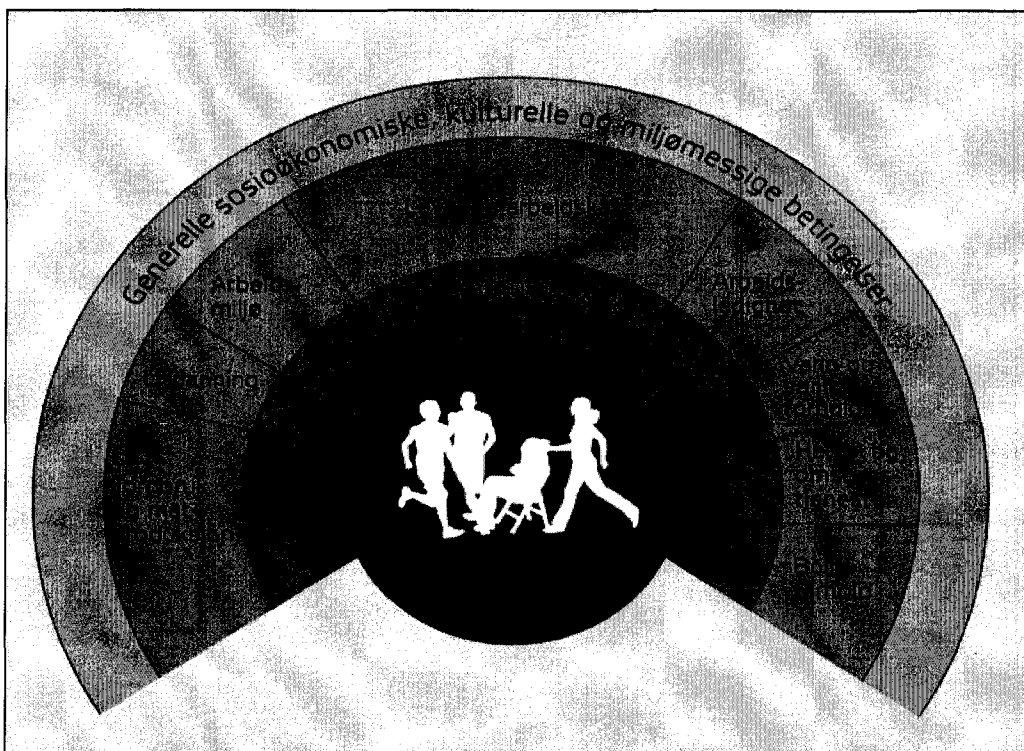
²¹ *Gradientutfordringen* - handlingsplan mot sosial ulikhet i helse 2005 (SHdir)

²² *Helse i konsekvensutredninger* - internasjonale erfaringer 2007 (SHdir)

3.3 Påvirkningsfaktorer

”Å bedre jenters og kvinners velferd og vilkårene for å sette barn til verden, å legge større vekt på utviklingene i tidlig barndom og oppfostring av jenter og gutter, å bedre leve- og arbeidsvilkårene”. Dette sitatet er den overordnede anbefalingen som Kommisjonen for helsedeterminanter har kommet frem til for å bedre levekårene i hverdagen.²³

Det enkelte menneskets helse blir påvirket av og utvikles i de omgivelsene der det lever sitt liv. De siste årene har det vært en økende forståelse av at folkehelsepolitikken må ta utgangspunkt i ulike påvirkningsfaktorer for helse, også omtalt som helsedeterminanter. Dette gjenspeiles i folkehelseloven som i § 5 pålegger kommunen å holde oversikt over befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Konsekvensen er at folkehelsearbeidet må ses i lys av en bred og sammensatt påvirkning. En rekke positive og negative påvirkningsfaktorer skal avdekkes for å skape et fullverdig bilde av individets og befolkningens helse. Utdanning, arbeid, bolig, tilgang til tjenester, ren luft, tilgjengelig natur, idretts- og aktivitetsanlegg og sykkelveier er eksempler på slike viktige faktorer. Det er viktig å være klar over at tiltak som ikke nødvendigvis kobles direkte til helse, kan ha store helsemessige konsekvenser.



Figur 2 Påvirkningsfaktorer for helse²⁴

Figur 2 gir et helhetlig bilde av hvilke påvirkningsfaktorer som kan ha innvirkning på helse. **Kjernen i figuren** er enkeltmenneskene. Her ligger også de påvirkningsfaktorene som i stor grad er uforanderlige, som alder, kjønn og biologiske eller fysiske egenskaper. Rundt

²³ CSDH (2008). Utjevne helseforskjellene i løpet av en generasjon: Helseforskjellene kan utjevnes ved å endre de sosiale helsedeterminantene. Endelig rapport fra Kommisjonen for sosiale helsedeterminanter. Verdens helseorganisasjon, Genève.

²⁴ Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Institute of Futures Studies, Stockholm

menneskene ligger en rekke andre faktorer som i teorien kan forandres gjennom politiske vedtak. **Individuelle livsfaktorer** betegner adferd hos den enkelte, som for eksempel fysisk aktivitet, kosthold og røyking. De **sosiale nettverkene** omfatter samspillet mellom enkeltpersoner og mellom enkeltpersoner og deres nærmiljø. Menneskenes evne til å ivareta egen helse bestemmes i stor grad av faktorene som for eksempel utdanning, arbeid, helsetjenester og boligforhold. I tillegg er det en rekke samfunnsmessige faktorer som **generelle sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige betingelser** som også har innvirkning på folkehelsen.²⁵

Ved å analysere årsaken til en bestemt sykdom eller lidelse finner man ofte et komplekst samspill mellom ulike faktorer. I tillegg til faktorer som oppvekst, utdanning og arbeid, kan bakgrunnsfaktorer også handle om for eksempel tilgjengelighet, strukturer og systemer. Ernæring må for eksempel vurderes med utgangspunkt i tilgjengelighet. Det handler om alt fra matforsyning til utvalget i nærbutikken og hva barnet får i seg fra matpakken. Alt dette er faktorer som ikke har med individets adferd å gjøre, men som påvirkes av samfunnsmessige forhold.

3.4 Samarbeid og partnerskap

I St.meld nr. 16 (2002 – 2003) “Resept for et sunnere Norge”, ble partnerskap for folkehelse lansert som en sentral arbeidsform i det regionale og lokale folkehelsearbeidet. Det er ønskelig med en formalisering av samarbeid, både mellom ulike aktører i kommunen, og mellom kommunen og andre parter. Samarbeid med frivillige organisasjoner²⁶, universitets- og høyskolemiljø og andre kommuner og/eller fylkeskommuner kan sikre en forankring og utvikling av folkehelsearbeidet.

3.5 Kommunikasjon for bedre helse, trivsel og livskvalitet

Kommunikasjon er viktig for å skape engasjement, involvering og tverrfaglig samhandling i folkehelsearbeidet. Befolkningens og de ansattes forståelse av hva som påvirker helsen må heves.²³ Dette stiller store krav til verktøy og metoder for god kommunikasjon. Mange nasjonaliteter, kulturer og forskjeller i utdanning og erfaringsbakgrunn krever en bevissthet i dialog med andre. God kommunikasjon fører til at innbyggerne evner å skaffe seg tilgang til, forstår, vurderer og kan bruke informasjon som har betydning for å oppnå og opprettholde god helse og trivsel.²⁷

3.6 Helsefremmende eller forebyggende arbeid?

Folkehelsearbeidet ses på som samfunnets samlede innsats for:

- å fremme helse
- å redusere risiko for sykdom og skade
- å beskytte mot ytre helsetrusler.¹

I følge Verdens helseorganisasjon (WHO) er helse en tilstand av fullkommen fysisk, psykisk og sosial velvære, og ikke bare fravær av sykdom eller svakhet. Prof. Peter F. Hjorth har definert helse som *evnen til å mestre hverdagens krav*.

²⁵ Whitehead, M & Dahlgren, G. (2009). Strategier og tiltak for å utjevne sosiale ulikheter i helse. *Utjevning av helseforskjeller del 2*, Helsedirektoratet, Oslo

²⁶ Oslo kommune, Bystyremelding 5/2002. Frivillighet i endring

²⁷ Oslo kommune, Byrådet (2008). Informasjonspolitik for Oslo kommune

Helsebegrepet er dermed sammensatt og avhengig av en rekke forhold. Folkehelsearbeidet i Oslo skal ha hovedfokus på populasjonsbaserte og strukturelle tiltak hvor ansvaret ligger til ulike virksomheter for å fremme god helse. Samtidig skal det være økt fokus på og styrking av det sykdomsforebyggende arbeid i helsetjenestene. Skillet mellom helsefremmende og forebyggende arbeid er ikke alltid like tydelige. Tilnærmingene spenner vidt, fra tiltak som fremmer livskvalitet og mestring, til forsøk på å eliminere eller begrense en uønsket utvikling av folks helse- og helseadferd. I praksis vil de to tilnærmingene overlape og utfylle hverandre. Mens helsefremmende tiltak ofte har en forebyggende effekt, vil effekten av forebyggende arbeid også kunne styrke og fremme helsen.

WHO har definert helsefremmende arbeid som ”den prosessen som gjør folk i stand til å bedre og bevare sin helse”, mens sykdomsforebyggende arbeid ”dreier seg om tiltak som skal forhindre at sykdom eller skade oppstår. Dette omfatter sykdoms- skade- og problemforebyggende tiltak”.¹

Målet med det forebyggende arbeidet i helsetjenestene er å oppnå god helseadferd, unngå sykdom og skade. Arbeidet skal forebygge tilbakefall og opprettholde helsen. Mens samfunnets helsefremmende arbeid har hovedfokus at færrest mulig får kronisk eller langvarig sykdom, bidrar forebyggende helsetjenester til at mennesker som har sykdomsrisiko, kronisk eller langvarig sykdom lærer seg å leve med dette på en god måte. Helsefremmende og forebyggende arbeid vil foregå i alle samfunnssektorer, men helsesektoren har en viktig oppgave i å medvirke til at andre samfunnssektorer bidrar til å fremme folkehelsen. Oversikt over helsetilstand og helseovervåkning i er i denne sammenheng avgjørende.¹

Uansett om man definerer et arbeid som helsefremmende eller forebyggende er det nødvendig å vurdere hvilke strategier som fungerer best for å oppnå resultater. På universelt nivå dreier det seg om befolkningsrettede strategier for hele befolkningen eller større befolkningsgrupper. På selektert nivå benyttes populasjonsstrategier rettet mot befolkningsgrupper kjennetegnet ved identifiserte risikofaktorer. Ved bruk av individuelle strategier rettes tiltak mot enkeltindivider eller spesielle grupper. Vedlegg 2 viser et eksempel på skolehelsetjenestens ansvarsområder fordelt på de ulike nivåene.

3.7 Helsefremmende og forebyggende innsats lovfestes

Folkehelsearbeid handler om samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, beskytte mot helsetrusler, samt en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen (§3)⁵. Folkehelseloven er et viktig verktøy for å kunne nå Samhandlingsreformens intensjoner om å bedre helsen til den enkelte, utjevne helseforskjeller og sikre en bærekraftig velferdsstat for fremtiden. Dette skal oppnås gjennom å dreie innsatsene mot helsefremmende og forebyggende arbeid. En bedre balanse mellom behandling og forebygging og folkehelsearbeid over tid, vil føre til en reduksjon i kostbar behandling. Kommunene kjenner sine innbyggere best, og er den instansen som har de beste forutsetningene for å lykkes med både helsefremmende og forebyggende arbeid.

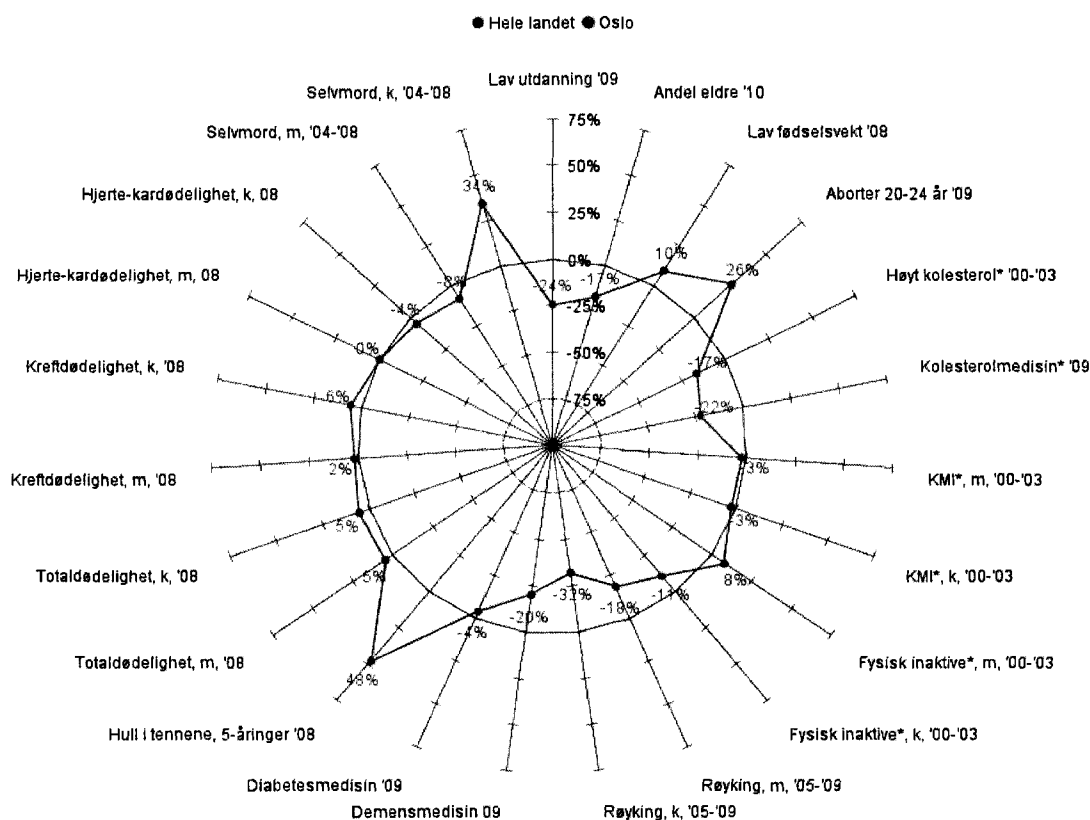
4 Folkehelse - utfordringsbildet i Oslo

4.1 Statistikkgrunnlag

Utfordringsbildet i Oslo er sammensatt. Oslo kommune skal til en hver tid ha kunnskap om innbyggernes helsetilstand og levekår og sette inn tiltak med utgangspunkt i folkehelseloven. En forutsetning for å møte utfordringene er tilgang til relevante og oppdaterte data.

4.1.1 Fylkesbarometeret

Fylkesbarometeret (figur 3), driftes av Folkehelseinstituttet og bistår, i tråd med folkehelseloven, fylkene med oversikt. Barometeret viser 23 utvalgte indikatorer på helsetilstand og risikofaktorer for sykdom.²⁸



Figur 3 Fylkesbarometeret for Oslo sammenliknet med resten av landet²⁸

Oslo (rød linje) har, sammenliknet med landsgjennomsnittet, utfordringer som peker seg spesielt ut, blant annet når det gjelder; selvmord blant kvinner, lav fødselsvekt, aborter i aldersgruppen 20 – 24 år og hull i tennene blant 5-åringer. Barometeret viser at total dødelighet, dødelighet på grunn av kreft og dødelighet på grunn av hjerte- og karsykdom ligger tett opp til landsgjennomsnittet. Tallene sier noe om Oslo i sin helhet, sammenliknet med resten av landet, men har begrenset verdi så lenge de ikke fremkommer på bydelsnivå.

²⁸ Fylkesbarometeret

4.1.2 Barnebarometeret

Regjeringen har lagt fram en nasjonal strategi for barn og unges miljø og helse.²⁹ Med bakgrunn i denne skal "Barnebarometeret" utvikles for å presentere samordnet statistikk om barn og unges helse og miljø. Det blir viktig for Oslo at all relevant data i "Barnebarometeret" blir å finne på bydelsnivå.

4.1.3 Kommnehelsa statistikkbank og folkehelseprofiler

Kommnehelsa statistikkbank

Kommnehelsa statistikkbank³⁰ ble lansert av Helsedirektoratet 10.1.2012. Statistikkbanken, eies av Helsedirektoratet, blir driftet av Folkehelseinstituttet og inneholder statistikk om helse, sykdom, risikofaktorer og befolkning i norske kommuner. Statistikkbanken er et verktøy for å få frem faktagrunnlag til kommunens planprosesser og gjør det mulig å hente ut data som igjen kan fremstilles i tabeller og ulike typer diagrammer. For å sikre Oslo tilsvarende statistikk også på bydelsnivå det er det et mål å etablere et langsiktig samarbeid mellom Oslo kommune, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet.

Folkehelseprofil for Oslo kommune

Samtidig med lanseringen av Kommnehelsa statistikkbank, lanserte også Helsedirektoratet folkehelseprofiler for kommunene.³¹ Folkehelseprofilene er et firesiders faktaark som skal være et bidrag til kommunenes arbeid med å skaffe seg oversikt over helsetilstanden i befolkningen og hvilke faktorer som kan påvirkes. Folkehelseprofiler skal på sikt kunne hjelpe bydeler med å kartlegge helse (både fysisk og psykisk) og trivsel i egen bydel. Kommunen sentralt, ulike etater og virksomheter skal også benytte folkehelseprofilene som grunnlag for plan-, strategi- og tiltaksarbeid. Eksempelvis vil folkehelseprofilen for Oslo legge grunnlaget for å sette inn forebyggende og helsefremmende tiltak for barn, unge og deres familier. Det er viktig å påpeke at folkehelseprofilen viser et generelt bilde av Oslo hvor forskjeller mellom og i de ulike bydelene ikke synliggjøres. På siste side av folkehelseprofilen fremstilles folkehelsebarometeret. Dette er en visuell fremstilling av hovedtrekkene i kommunen sammenlignet med landet for øvrig. Hovedtrekkene av folkehelseprofil og folkehelsebarometeret for Oslo 2012 fremgår av vedlegg 3.

4.1.4 Databasen Oslohelsa

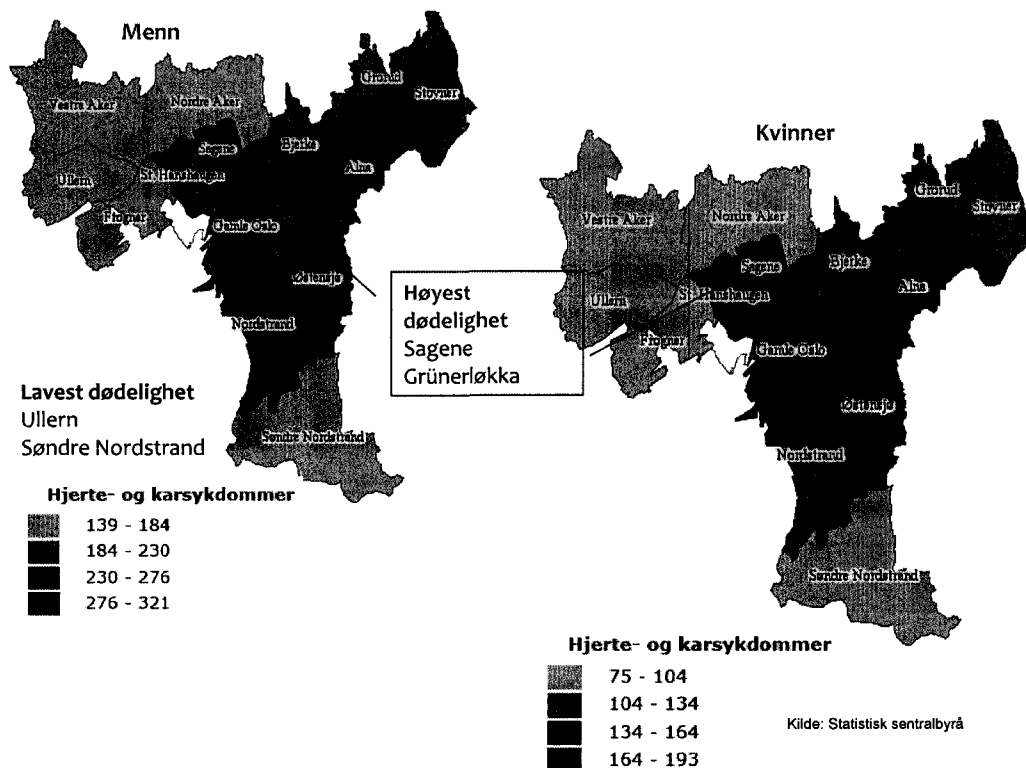
Oslohelsa er Oslo kommune sin database med statistikk om helsetilstanden og helsedeterminanter. Noen eksempler på helsedeterminanter som finnes i databasen er utdanning, arbeid, inntekt, samt påvirkningsfaktorer som ren luft, naturområder og gang- og sykkelveier. Oslohelsa er et supplement til fylkesbarometeret og Kommnehelsa statistikkbanken og har i dag enkelte statistikker på bydelsnivå.

De fleste data vi har forekommer på kommunenivå og skjuler dermed forskjeller mellom bydeler og viktige nyanser av betydning for folkehelsearbeidet i Oslo. Et eksempel her er dødelighet av hjerte- og karsykdommer, som i Oslohelsa er brutt ned på bydelsnivå og viser betydelige forskjeller innad i Oslo. Se figur 4.

²⁹ Helse- og omsorgsdepartementet, Barns fremtid. Nasjonal strategi for barn og unges miljø og helse 2007-2016.

³⁰ Kommnehelsa statistikkbank

³¹ Folkehelseprofiler



Figur 4 Dødelighet av hjerte- og karsykdom på bydelsnivå i Oslo (2007-2009). Tallene viser antall døde per 100 000 innbyggere. Aldersstandardiserte rater.

Statistikk som benyttes i arbeidet med blant annet planstrategier, byplanlegging og byutvikling er viktig for å analysere og forstå folkehelseutfordringene i byen. I tillegg finnes en rekke annen statistikk i bydeler og etater, noe som må trekkes inn i videre utvikling av Oslohelse. Oslospeilet og Oslostrender presenterer statistikk som i fremtiden må ses i sammenheng med formidling av informasjon fra Oslohelse.

Data om innbyggeres helse og levekår fremkommer også i forskningsprosjekter som gjennomføres i samarbeid med universitet, høgskoler og forskningsmiljø som Folkehelseinstituttet og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Eksempler på et slikt samarbeid er Stork-prosjektet³² som er en del av Groruddalssatsningen og Helseundersøkelsen (HUBRO) som pågikk fra 2000 - 2001. Målet med sistnevnte var å få oversikt over innbyggernes helse, samt å bruke materialet til forskning. HUBRO rettet seg både mot ungdom og voksne som et samarbeidsprosjekt mellom Oslo kommune, Universitetet i Oslo og tidligere Statens helseundersøkelser. Høsten 2009 ble det igangsatt et nytt forskningsprosjekt ved Folkehelseinstituttet "Helse og miljø i Oslo".³³ Undersøkelsen Ung i Oslo har vært gjennomført to ganger regi av NOVA. En i 1996 og 10 år senere i 2006. Rapporten belyser store temaer som forholdet mellom foreldre og barn, mestring og tilpasning i skolesituasjonen, rus, kriminalitet og fattigdom.

4.1.5 Utfordringer for helseovervåkning

I tråd med folkehelseloven er det viktig at Oslo får mest mulig statistikk brutt ned på bydels- og delbydelsnivå. Det er nødvendig å få en samlet oversikt over eksisterende statistikk som er aktuell for folkehelseområdet. En slik oversikt vil samtidig gi kunnskap om områder der Oslo

³² Stork Groruddalen – et folkehelseprosjekt med fokus på "Bedre helse for mor og barn"

³³ Helse og miljø i Oslo, Folkehelseinstituttet 2009

kommune har behov for å utvikle ny statistikk. Erfaringsbasert kunnskap skal også ligge til grunn for utvikling av fremtidige statistikkområder.

4.2 Oslo i vekst

Oslo er i dag en av Europas hurtigst voksende byer. Utfordringen er å ivareta innbyggernes helse og levekår, og her er noen eksempler på områder av betydning i folkehelsearbeidet:

- Det forventes nesten 200 000 nye innbyggere i Oslo frem mot 2030.³⁴
- Byutviklingen må ivareta et folkehelseperspektiv.³⁷
- Befolkningsøkningen er skjevfordelt, med størst vekst i bydel Grünerløkka, bydel Sagene og bydel Søndre Nordstrand.³⁴
- Barn og unge i alderen 0 -25 år utgjør rundt en tredjedel av befolkningen i Oslo.³⁴
- Den største økningen frem mot 2030 vil komme i aldersgruppene 6 – 15 år og de mellom 67 - 79 år.
- Oslo har innvandrere fra 187 nasjoner, i alt 170 000 personer i 2011, hvorav 40 000 er norskfødte med innvandrerforeldre.³⁴
- 34 646 barn har barnehageplass i Oslo. Dekningsgraden er på 84,7 % (2010).³⁵
- I alt 16 845 barn fra 1. – 4. klasse bruker aktivitetsskolen (2010), noe som svarer til 69 % av alle elever i samme årskull.³⁵
- Helsestasjonstjenesten har nær 100 % oppslutning i Oslo.
- Bruken av skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom styres av barn og unges egne behov og ikke av sosiale bakgrunnsfaktorer.³⁶
- I løpet av 2010 var 4,8 % av barn og unge mellom 0 og 17 år i Oslo registret med barnevernstiltak.
- Unge i etableringsfasen, studenter, eneforsørgere, enslige, innvandrere og lavtlønnede er spesielt utsatt med hensyn til bolig. Boligbyggebehovet for Oslo er anslått til å være mellom 83 000 og 100 000 boliger i planperioden.^{37,38,39}
- Universell utforming skal ivaretas i kommunen.^{37, 40, 41}
- Den sterke befolkningsveksten i Oslo utfordrer eksisterende organisasjon og tjenestesteder.³⁷

³⁴ Oslo kommune, Befolkningsfremskrivning for Oslo, utviklings- og kompetanseetaten:2011

³⁵ Statistisk sentralbyrå

³⁶ Clench-Aas, J.(2007). Sosiodemografiske forskjeller i bruk og adgang til helsetjeneste i Norge – en kunnskapsoppsummering. Notat, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Oslo

³⁷ Oslo kommune, Kommuneplan 2013 – Planstrategi og planprogram

³⁸ Oslo kommune, Bystyremelding nr. 2/2008 Bystyremelding om sosiale boligvirkemidler i Oslo kommune

³⁹ Oslo kommune, Helse og velferdsetaten (2009) Barns oppvekstvilkår i kommunale

⁴⁰ Oslo kommune, Helse- og velferdsetaten (2011). Utviklingshemmede i Oslo - brukerundersøkelse 2011

⁴¹ Oslo kommune, Helse- og velferdsetaten (2010) Familier med barn med nedsatt funksjonsevne i Oslo

- En by i vekst krever økt oppmerksomhet rundt blant annet luftforurensning, støy, drikkevann, inneklima, helseskadelige stoffer og stråling.³⁷
- Bedre helse og flere leveår gir økt levestandard og levealder, som også gir flere eldre og flere med kronisk sykdom, og dermed utfordringer og større press for både helse- og sosialtjenestene. Oslo har flere rusmisbrukere og personer med psykiske lidelser enn landet for øvrig.³⁷
- 62 % av 15 – 16 åringene i Oslo har drukket alkohol.⁴²
- Oslos befolkning er generelt svært aktiv innen idrett og fysisk aktivitet. Byen står overfor utfordringer knyttet til arealer og prioritering av møtesteder, anleggstyper og områder for nye arealer for ulike former for bevegelse.^{34, 43, 44, 45, 46}
- Regulert grøntareal pr. innbygger har i Oslo gått ned fra 43,9 m² i 2000 til 39,6 m² i 2010.³⁷
- Kulturtilbudet er en av de viktigste driverne for trivsel og identitetsbygging i Oslo.⁴⁷ Et eksempel på kulturtiltak er bystyrets vedtak om å, for perioden 2010 – 2012, prøve ut Kulturkort for ungdom i alderen 16 – 20 år. Tiltaket ble i sin tid initiert av ungdom selv.

4.3 Sosial ulikhet i helse og levekår

“Med sosial ulikhet i helse siktes det til systematiske forskjeller i helsetilstand som følger sosiale og økonomiske kategorier – særlig yrke, utdanning og inntekt. Sosiale ulikheter i helse kan dermed forstås som sosioøkonomiske forskjeller i helse. Arbeidet med sosial ulikhet i helse handler om å bidra til at alle sosiale lag skal kunne oppnå samme levealder og ha like god helse”.⁴⁸

Oslohelse viser stor forskjell mellom bydelene med hensyn til inntekt, utdanning, helse, arbeidsliv og sysselsetting. Utfordringsområdene og forskjellene i Oslo er å finne på tvers av vest – øst akse, men også innen den enkelte bydel. Det er et klart mønster som avdekker sosial ulikhet i helse og levekår mellom bydelene, noe som kan eksemplifiseres gjennom tall på dødelighet og tannhelse. Se figur 5 og 6.

⁴² SIRUS-Rapport nr. 5/2009, Statens institutt for rusmiddelforskning, Oslo 2009

⁴³ Oslo kommune, Helse- og velferdsetaten (20??). Lokale møtesteder for eldre fra etniske minoriteter

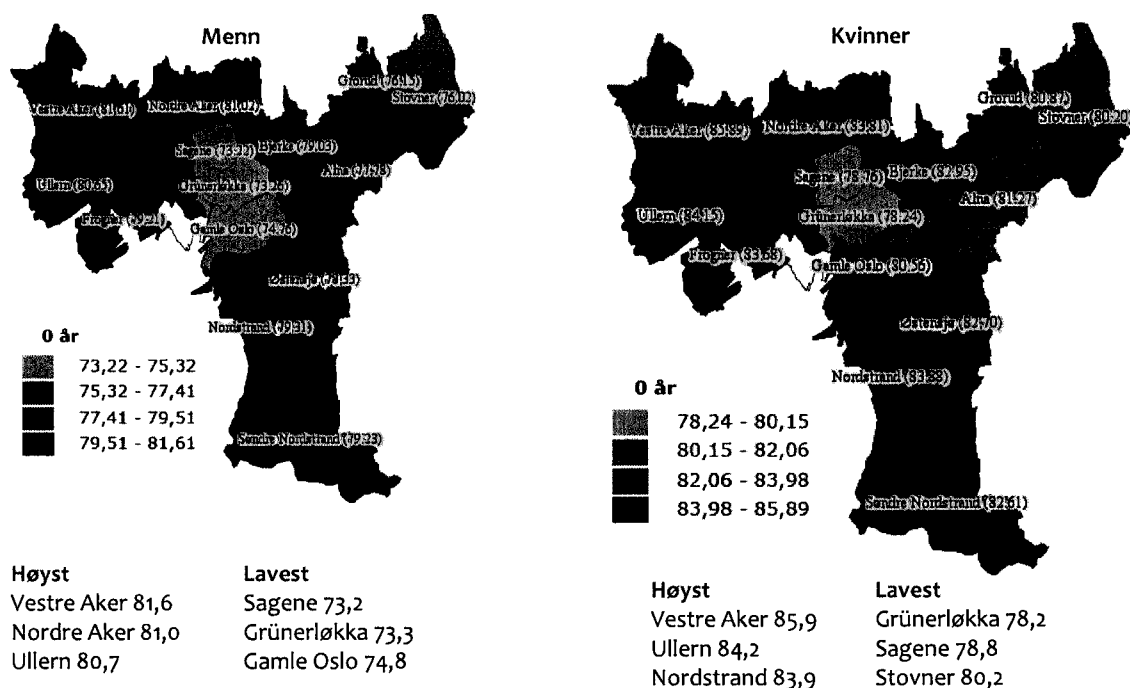
⁴⁴ Oslo kommune, Plan- og bygningssetaten (2009). Kommunedelplan for torg og møteplasser

⁴⁵ Oslo kommune, Friluftsetaten (2001) By i bevegelse - om fysisk aktivitet og friluftsliv. Bystyremelding nr. 4/2001

⁴⁶ Oslo kommune, Idrettsetaten og Friluftsetaten. Plan for idrett og friluftsliv (2009-2012)

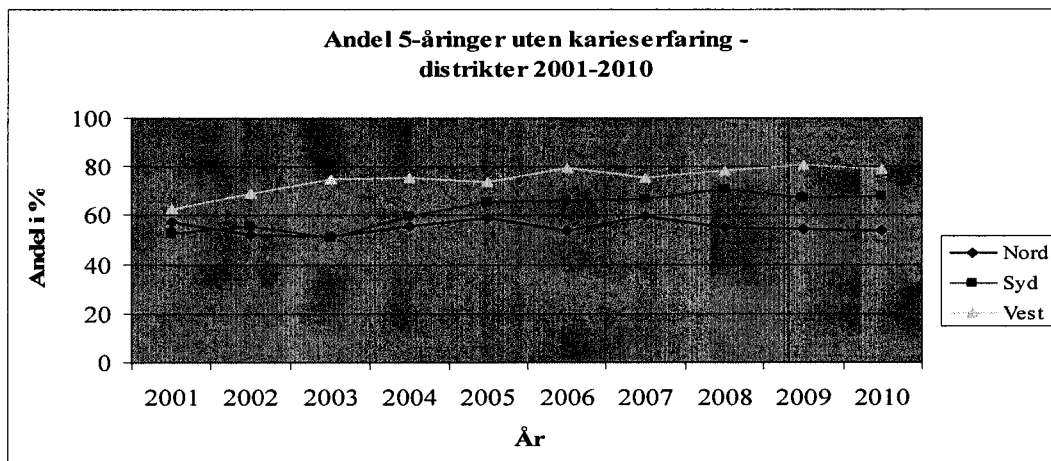
⁴⁷ Publikumsundersøkelsen, 2010

⁴⁸ Sosial og helsedirektoratet (2005). Gradientutfordringen. ISS-1229, Oslo



Figur 5 Forskjeller i forventet levealder ved fødselen, mellom ulike bydeler i Oslo (2006-2010) ⁴⁹

Oslo har landets dårligste tannhelse blant 5-åringer. Undersøkelser i Oslo viser også at barn med innvandrerbakgrunn har to til tre ganger mer hull i tennene enn barn med norsk bakgrunn. Sosial ulikhet i tannhelse, fordeler seg i befolkningen tilsvarende sosial ulikhet i helse. Hull i tennene er en indikator på mer enn selve tannhelsen og kan si noe om eksempelvis kosthold, økonomi, omsorgssvikt og sykdom. Hull i tennene sammenfaller følgelig ofte med helse og levekår for øvrig. Figur 6 viser prosentvis andel 5-åringer i Oslo uten karieserfaring fordelt på byregionene nord, syd og vest.

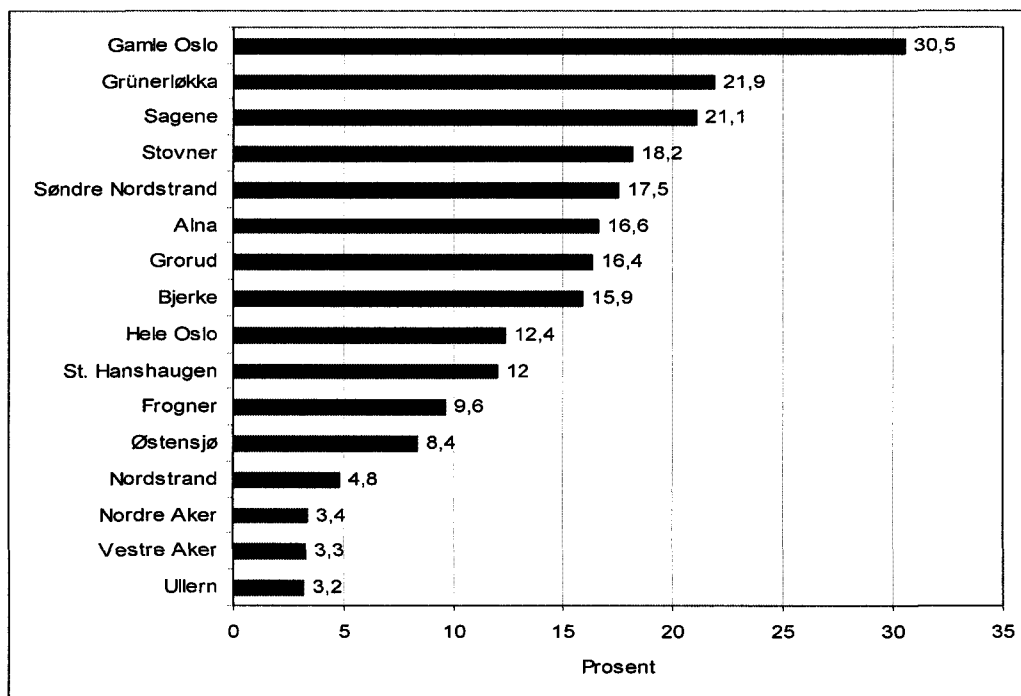


Figur 6 Andel 5-åringer uten karieserfaring i ulike byområder i Oslo ⁵⁰

⁴⁹ Oslospeilet 3/2011

⁵⁰ Oslo kommune, Tannhelsetjenesten KF

Fattigdom henger direkte sammen med sosial ulikhet i helse og levekår. Fattigdom er et sammensatt begrep som rommer både inntekt, levekår og subjektiv opplevelse av fattigdom. Figuren nedenfor viser prosentvis andel barn (0-17 år) i familier med vedvarende lav inntekt.



Figur 7 Andel barn (0-17år) i familier med vedvarende lav inntekt i Oslo, etter bydel. *Personer i studenthusholdninger er utelatt. Personer i husholdninger med brutto finanskapital per forbruksenhet over 2 ganger grunnbeløpet i folketrygden (144 000 kroner) er utelatt fra lavinntektsgruppene.*⁵¹

Oslo skiller seg ut som den storbyen i Norge som har høyest andel fattige målt etter inntektsgrense. I Oslo lever rundt 12,4 prosent av barn i alderen 0-17 år i familier med vedvarende lav inntekt (207-2009) i følge OECDs målemetode. Det er en stor andel fattige barn i de bydelene som har dårligst levekår i byen. Bydelene i Oslo indre øst har den største andelen barn under fattigdomsgrensen. I Gamle Oslo i 2009 bodde over 30 prosent av barna i familier med en inntekt under 50 prosent av medianinntekten for Oslo. Bydeler i Oslo ytre vest har den laveste andelen.

Hvis vi ser på tall for lavinntekt bare i 2009, var det 8,7 prosent av barnefamiliene i Oslo som hadde en inntekt under fattigdomsgrensen etter OECDs skala.

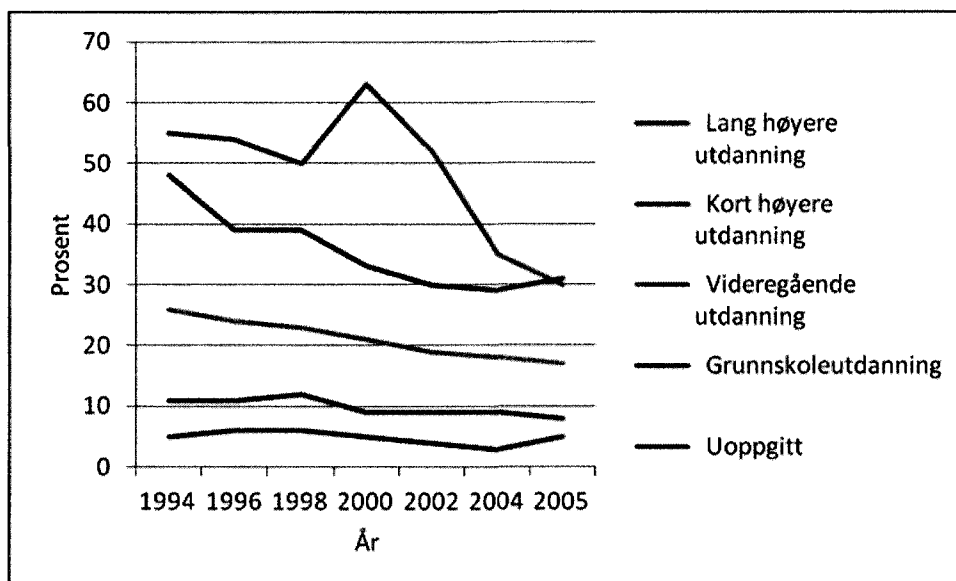
Helse og utdanning er viktige påvirkningsfaktorer for fattigdom. Konsekvensene av å vokse opp i fattige familier er blant annet dårlige boligforhold og liten sosial deltakelse i ferie- og fritidsaktiviteter. Figur 7 støtter opp om bildet av sosial ulikhet i helse og levekår mellom bydelene.

Figur 8 viser sammenheng mellom foreldrenes utdanningsnivå og barnas frafall i videregående skole. Den sosiale arven ser ut til å bli videreført, samtidig som en rekke andre forhold har betydning for frafallet. Tradisjonelle årsaker til frafall i videregående skole er svake skoleprestasjoner, skulk, skilsmisse, enslige foreldre eller litestøtte fra foreldre når det gjelder skolearbeid. Skoleprestasjoner har størst betydning for om man gjennomfører videregående skole. Andre bakgrunnsvariabler er blant annet kjønn, foreldrenes bakgrunn,

⁵¹ OECD-skala 2007-2009, Statistisk sentralbyrå

bosituasjon og foreldrenes syn på utdanning. Frafall i utdanning kan betraktes som sluttpunktet og en prosess som har startet tidlig i de unges liv.⁵²

Helseetaten har utarbeidet en rapport som kartlegger sentrale forhold rundt barnefattigdom i Oslo. Arbeidet med å utjevne sosial ulikhet i helse mellom og i bydelene, bør ses i sammenheng med hovedutfordringene i denne rapporten.⁵³



Figur 8 Andel elever i Oslo som sluttet videregående opplæring underveis, etter foreldrenes utdanning⁵⁴

Indikatoren i figur 8 omfatter elever som var registrert i videregående opplæring første gang høsten i det aktuelle året, og er deres status målt etter 5 år.

Risikofaktorer som tobakk, alkohol, kosthold og fysisk inaktivitet påvirker en rekke av de ikke-smittsomme sykdommene. Det er overbevisende dokumentasjon for at røyking, fysisk inaktivitet og usunt kosthold fører til kronisk sykdom og for tidlig død. Verdens helseorganisasjon (WHO) anslår at 80 % av forekomsten av hjerteinfarkt og type 2-diabetes kan forebygges eller utsettes med endringer i kosthold, fysisk aktivitet og røykevaner, og World Cancer Research Fund konkluderer med at 50 % av forekomsten av kreft kan forebygges eller utsettes ved slike endringer i levevaner.⁵ I bydeler eller områder som kommer dårlig ut med hensyn til helse og levekår bør det arbeides spesielt med risikofaktorene nevnt ovenfor. Dette gjøres gjennom strukturelle tiltak, informasjon og veiledning.

Undersøkelser fra SSB og Folkehelseinstituttet viser at innvandrerbefolkningen i Oslo er overrepresentert både i forekomst og risiko for visse alvorlige folkehelseproblemer.⁵⁵ For eksempel er innvandrere fra Pakistan, Tyrkia, Iran og Sri-Lanka betydelig overrepresentert

⁵² Markussen E. (2010). Frafall i utdanning for 16 – 20 åringer i Norden, TemaNord 2010:517, København

⁵³ Oslo kommune, Helse- og velferdsetaten (2011) Barnefattighedsrapporten

⁵⁴ Statistisk sentralbyrå, seksjon for utdanningsstatistikk

⁵⁵ Folkehelseinstituttet (2010) Rapport 2010: 2 Folkehelse rapport 2010. Helsetilstanden i Norge, Oslo

med diabetes type 2, og så mye som 90 % av innvandrerkvinnene fra Pakistan er i risikogruppen.⁵⁶

Migrasjon innebærer utfordringer på mange områder; blant annet språk, kultur, psykisk helse, hverdagens praktiske gjøremål, kosthold og fysisk aktivitet, i tillegg til arv. Det er viktig med god samorganisering av helsetjenester for nyankomne asylsøkere og flyktinger.

4.4 Tidlig intervensjon – vi skal starte med barn og unge

“Investering i de første leveårene er et av de tiltak som med stor sannsynlighet vil kunne utjevne helseforskjellene i løpet av en generasjon. Opplevelser og erfaringer i den første delen av livet og under den første og den senere skolegangen, legger et helt avgjørende grunnlag for hele livsløpet”.²³

“Barn trenger trygge, sunne, støttende, nærende, omsorgsfulle og lydhøre omgivelser. Barnehage og skole er en del av det utvidede miljøet som bidrar til barnas utvikling, og opplæringen og oppfostringen der kan være viktig for utviklingen av barnas evner. Det er behov for en mer helhetlig tilnærming til de første leveårene, med utgangspunkt i eksisterende programmer for barns overlevelse, og ved å utvide tiltakene i de første leveårene til også å omfatte sosial/emosjonell og språklig/kognitiv utvikling”.²³

Hvert barn trenger trygge, stabile og omsorgsfulle omgivelser for vekst, utvikling og trivsel. Dette ivaretas først og fremst av foreldre eller andre primære omsorgspersoner i hjemmet. Andre voksne som barnet tilbringer betydelige mengder tid med, er også viktige. Likedan er det viktig at barn og unge har mulighet til “den gode samtalen”. Det vil si at de hele oppveksten opplever at de har noen å snakke med, hjemme eller utenfor hjemmet. Eksempler på viktige arenaer utenfor hjemmet er:

- barnehage og åpen barnehage
- aktivitetsskole
- skole (alle trinn)
- aktivitetsarenaer i fritiden i regi av kommunal, frivillig og privat sektor
- bibliotek og kulturhus
- gruppetilbud i helsestasjons- og skolehelsetjenesten og barnevernstjenesten (eks. pubertet, kropp og seksualitet, grupper for barn med skilte foreldre, etc.).
- parker, friområder, idrettsanlegg - og arealer, marka og sjøen
- tilbud som gir støtte til foreldre og omsorgspersoner i hjemmet; eksempelvis helsestasjons- og skolehelsetjenesten, barnevernstjenesten, familiesenter og frivillig sektor

Fysisk aktivitet og sunt kosthold i barne- og ungdomsårene kan bidra til å forebygge mange av de kjente ikke-smittsomme sykdommene som vår moderne livsstil kan føre med seg. Det foreligger nasjonale faglige retningslinjer og kunnskapsbaserte metoder for å fremme fysisk aktivitet, helsefremmende kosthold og god tannhelse.^{57,58,59,60} Tiltak kan derfor igangsettes,

⁵⁶ Innspill til folehelseplan fra Nasjonalt kompetansesenter for migrasjonshelse (NAKMI, 2011)

⁵⁷ Departementene, Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011). Oppskrift for et sunnere kosthold

⁵⁸ Departementene, Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009. Sammen for fysisk aktivitet

samtidig som effekten må måles gjennom helseovervåkning i tråd med folkehelseloven. Det er behov for mer kunnskap om hvordan ulike retningslinjer er implementert i Oslo kommune. Det er ønskelig å sikre barn og unge gode og likeverdige mattilbud og fysisk aktivitet i barnehager, skoler og aktivitetsskoler.

Mat og drikke utenfor hjemmet utgjør en vesentlig del av kostholdet for barn og unge. Det bør være lett tilgang på sunn mat i barnehage, skole, aktivitetsskole og på fritidsarenaer. På samme måte må det tilrettelegges for fysisk aktivitet på ulike arenaer i barn og unges liv.

4.4.1 Kropp og selvbilde

Vektøkning brukes ofte som en indikator på redusert fysisk aktivitet og et usunt kosthold. Når det gjelder forebygging og behandling av overvekt er det viktig å trekke inn også andre faktorer, som psykososiale forhold og økonomi. “Fedmestimulerende miljøer er komplekse, mange faktorer spiller inn – hver enkelt med bare liten effekt”.⁶¹

Tall fra 2004 viser betydelige forskjeller i forekomst av overvekt blant 3. og 7. - klassinger i Oslo, se figur 9. Det mangler foreløpig tall som viser utviklingen videre. De siste Oslotallene, fra en utvalgsundersøkelse gjennomført av Folkehelseinstituttet, viser en økning av overvekt blant tredjeklassinger fra 15 % i 2008 til 19 % i 2010. Rundt 50 % av barn og unge som henvises til fedmebehandling ved “Stor og Sterk” v/Oslo Universitetssykehus HF Ullevål har etnisk minoritetsbakgrunn.⁶²

⁵⁹ Helsedirektoratet (2005) Tenner for livet – Helsefremmende og forebyggende arbeid, IS-2659, Oslo

⁶⁰ Helsedirektoratet (2011) God klinisk praksis i tannhelsetjenesten – en veileder i bruk av faglig skjønn ved nødvendig tannbehandling, IS-1589, Oslo

⁶¹ Sitatet er hentet fra Ragnhild Hovengens (v/Folkehelseinstituttet) innlegg på dialogmøte for ny folkehelseplan for Oslo, 3.11.2011.

⁶² Ullevål universitetssykehus HF (2009) Sluttrapport Stor & Sterk, Oslo

4.4.2 Psykisk helse hos barn og unge

Psykiske vansker er et utbredt helseproblem blant barn og unge i dag. Undersøkelser fra Folkehelseinstituttet viser at mellom 10 og 20 % av barn og unge på landsbasis, har så store psykiske plager at det går ut over deres forhold til familie, venner og skole. Tilsvarende tall for noen bydeler i Oslo er 24-27 %. Unge med etnisk minoritetsbakgrunn ser ut til å ha mer emosjonelle problemer enn sine etnisk norske jevnaldrede gjennom barne-, ungdoms- og videregående skole.⁶⁷

Det forebyggende perspektivet er spesielt viktig i psykisk helsearbeid med barn og ungdom. Fanges barna opp som to - til fireåringer, kan de få hjelp før alvorlige lidelser utvikles. Det er helt sentralt å definere risikofaktorer som påvirker barn og unges psykiske helse. Faktorer som øker risiko kan finnes i barnet, i barnets nære relasjoner eller i barnets øvrige nettverk og samfunn⁶⁸. Forekomsten av psykiske helseplager har en tendens til å minske dersom de sosiale ferdighetene øker. Det er derfor mulig å oppnå betydelige helsegevinster gjennom å styrke barns mestringsevne og sosiale kompetanse, selv i familier med høyt belastningsnivå.

I folkehelseloven er det presisert at *god psykisk helse er et viktig endemål for folkehelsearbeidet*.⁵ Det psykiske helsearbeidet for barn og unge er, i likhet med folkehelsearbeidet, et ansvar for kommunen som helhet. Det involverer alle kommunale tjenester som er i kontakt med barn og unge. Barnehage, skole og fritidssektoren er viktige hverdagsarenaer for utvikling av god psykisk helse. Forskning viser at gode skole- og læringsmiljøer beskytter effektivt mot problemutvikling hos barn og unge.

Det er behov for kunnskap om barn og unges livssituasjon i Oslo. Ved tidlig å fange opp barn som står i fare å utvikle psykiske lidelser er sjansen større for å nå frem med effektive tiltak. Mer kunnskap om sammenhenger mellom levekår, livssituasjon, psykisk helse, selvskading og selvmord blant barn og unge er viktig for målrettet intervensjon.

Ungdom i Oslo ønsker en lett tilgjengelig skolehelsetjeneste med fagfolk som de kan stole på og med evne til å lytte, noe som ble understreket av Ungdommens Bystyre i 2010. Byrådssak om helsestasjons- og skolehelsetjenesten⁶⁹ og Kommunerevisjonens rapport "Skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom – en undersøkelse av bydelenes tilbud til elever i videregående skole", er viktige dokumenter på dette området.⁷⁰

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten, barnehagen, aktivitetsskolen og skolen er sentrale arenaer for å bidra til god psykisk og fysisk helse. Helsestasjonen er spesielt viktig i nyfødt perioden som eneste offentlige arena familien enkelt kan oppsøke, og samtidig få tilbud om hjemmebesøk.

En nær dialog med barn og unge i ulike deler i byen skal prioriteres slik at de i større grad blir delaktig i planlegging og utvikling av aktiviteter, kulturtilbud, byrom, nærmiljø, aktivitetsområder og idrettsanlegg.

⁶⁷ Oslo kommune, Utdanningsetaten (2010) Ressursperm. Psykisk helse i Osloskolene.

⁶⁸ Sosial- og helsedirektoratet, 2007

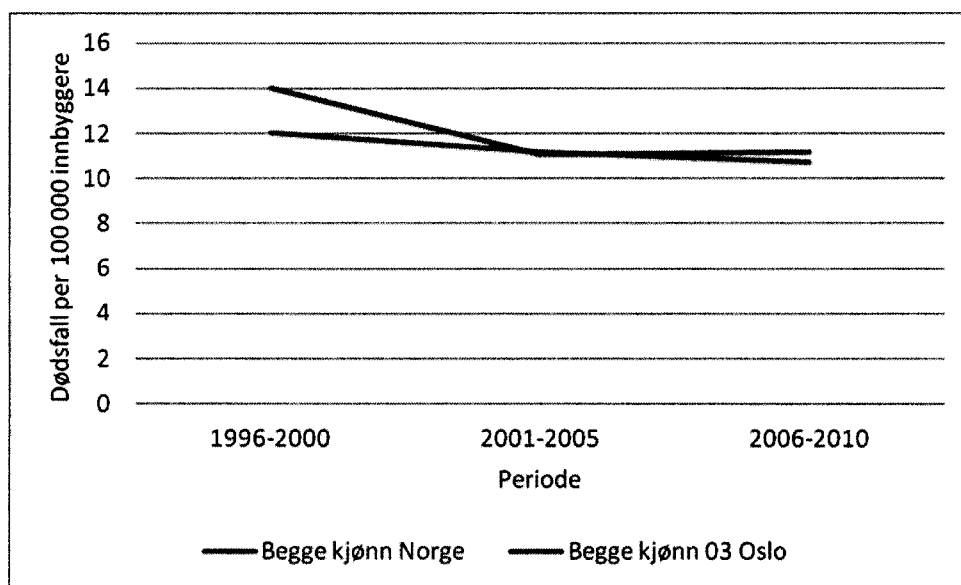
⁶⁹ Oslo kommune (Byrådssak 1/2011). Byrådssak om helsestasjons- og skolehelsetjenesten

⁷⁰ Oslo kommune (Rapport 03/2011). Kommunerevisjonens rapport: Skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom – en undersøkelse av bydelenes tilbud til elever i videregående skole

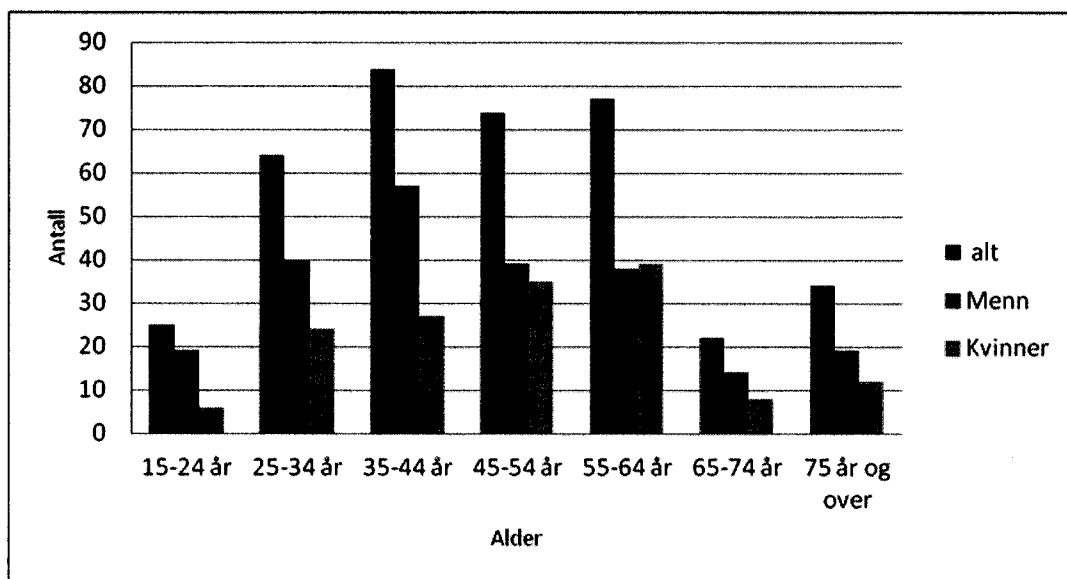
4.4.3 Selvmord i Oslo

Offisiell statistikk viser at dødelighet som en følge av selvmord siden 1996 har hatt en svak nedgang i Oslo og landet generelt (figur 10).

I Oslo har i gjennomsnitt 128 personer begått selvmord de siste 6 årene. Aldersgruppen med flest dødsfall var de mellom 35 – 44 år hvor det i perioden 2004-2009 var 168 tilfeller av selvmord (figur 10). Forekomst blant unge 15-24 år var 50 tilfeller i samme periode. I samme perioden var det flest menn som tok selvmord med 386 dødsfall, mot 231 tilfeller hos kvinner. Tallene har en del usikkerhet, da for eksempel narkotika- eller trafikkdødsfall i noen tilfeller kan være selvmord.



Figur 10 Dødsfall per 100 000 innbyggere etter kjønn og 5-års perioder. Aldersstandardisert. Oslo og hele landet. 1996-2010 ⁷¹



Figur 11 Antall døde av selvmord* fordelt etter kjønn og aldersgrupper totalt i perioden 2004-2009 ⁷²

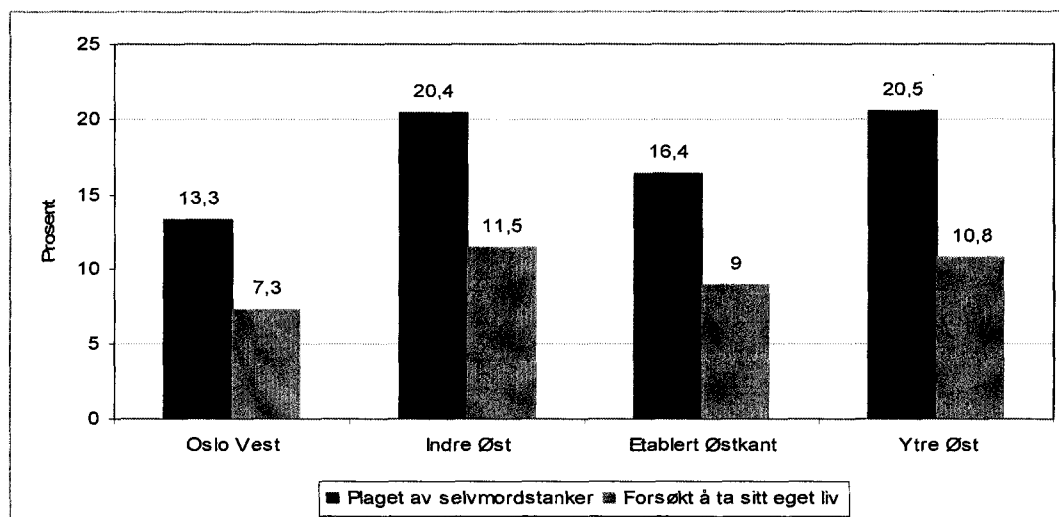
⁷¹ Statistisk sentralbyrå *ICD-10 koder X60-X84, Y87.0

4.4.4 Selvmord i bydelene

Figur 11 viser store forskjeller mellom bydeler når det gjelder dødelighet på grunn av selvmord. Bydel Gamle Oslo, bydel Grünerløkka og bydel Sagene skiller seg ut med høyest forekomst. I perioden 2004-2009, begikk 99 personer selvmord i disse tre bydeler. Dette er nesten en tredjedel av alle dødsfall på grunn av selvmord i hele Oslo i samme periode.

4.4.5 Ungdom og selvmord

Ungdom i Oslo svarte i 2006 på flere spørsmål om selvmord og selvmordstanker.⁷³ Som vist i figur 10 oppgav 20 % av ungdom i ytre øst at de var plaget av selvmordstanker "sist uke" og 11,5 % i indre øst hadde forsøkt å ta livet sitt.



Figur 12 Andel gutter og jenter 14-17 år som har vært plaget av selvmordstanker "sist uke" og andel som har forsøkt å ta livet sitt. 2006⁷⁴

Av alle selvmord i Oslo forekommer ca. 13 % i aldersgruppen 15 til 24 år. I denne aldersgruppen har 30 % hatt selvmordstanker og 10 % av alle jenter og 6 % av alle gutter har gjort et selvmordsforsøk. Fylkesbarometeret viser at Oslo ligger 34 % over landsgjennomsnittet når det gjelder selvmord blant kvinner. Det er behov for å få frem kunnskap om hvem som har selvmordstanker, hvem som prøver å ta livet sitt og hvem som tar livet sitt.

Selvmord er alltid et resultat av mange komplekse faktorer. Det er sannsynlig at selvmord henger sammen med perioder preget av sosioøkonomiske, familiære og individuelle kriser, for eksempel tapet av nære relasjoner, eller arbeidsledighet. Seksuell legning, problemer med selvfølelsen eller identitetsdannelse, manglende tilhørighet, depresjon, andre affektive lidelser og rusmisbruk spiller også en viktig rolle.

I denne forståelsesrammen er det viktig å se på ungdom som en egen gruppe som i faser i livet kan være spesielt utsatt. Med kunnskap om hvor mange barn og unge som har psykiske helseproblemer av ulike karakter, og kunnskap om hvor mange unge som utvikler psykiske

⁷² Statistisk sentralbyrå *ICD-10 koder X60-X84, Y87.0

⁷³ Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) Ung i Oslo 2006, Prosjektnr. 64704

⁷⁴ Undersøkelsen "Ung i Oslo" 2006, NOVA

lidelser, er det viktig å se denne målgruppen i sammenheng med økt risiko for selvmordsforsøk.

Et viktig element i arbeidet med å forebygge selvmord og selvmordsforsøk er å sette de ansatte i stand til å oppdage selvmordsrisiko. Selvmordsrisiko defineres som en risiko for at et menneske vil ta livet sitt i en gitt tidsperiode i en gitt situasjon. En vurdering av selvmordsrisiko er derfor både en vurdering av en person og en situasjon. Likeledes er det viktig at forebyggende tiltak rettes mot utsatte grupper, og at ansatte som jobber med barn og unge har kunnskap om de ulike risikofaktorene. De fleste som prøver å ta sitt liv ønsker ikke å dø, men de ønsker å komme bort fra en uutholdelig situasjon.

Forskning viser at det er en sammenheng mellom selvsykdom og selvmord og selvsykdom er et økende problem blant ungdom. Dette er tatt opp i en stor europeisk undersøkelse, CASE-studien, der Norge deltar. Her rapporteres det at mange av de unge opplyser om selvmordstanker i forbindelse med selvsykdom. I Norge opplyste en av 10 ungdommer at de hadde skadet seg selv med vilje, og mer enn halvparten av disse opplyste at de hadde ønske om å dø da de skadet seg.⁷⁵

Selvmord og selvmordsforsøk representerer store lidelser og omkostninger både for den enkelte, dennes nettverk og samfunnet for øvrig. Kompleksiteten og omfanget gjør at det er behov for en systematisk samlet innsats på mange nivåer i det selvmordsforebyggende arbeidet. Det er viktig at innsatser som kan forebygge selvmord er inkludert i bydelens handlingsplaner.

Pårørende etter selvmord er i seg selv en utsatt gruppe. Det viser seg at en stor andel av de som begår selvmord og /eller selvmordsforsøk har hatt nære slektninger som også har begått selvmord. Det må derfor i mye større grad også rettes tiltak mot etterlatte ved selvmord.

4.5 Kompetanse

Tiltak for å sikre tilstrekkelig kompetanse hos nøkkelgrupper om levevaners betydning for helsen og om befolkningsrettede tiltak er en viktig del av kommunalt planarbeid. Systematisk kompetanseoverføring om aktuelle risikofaktorer må ligge til grunn for planer og tiltak for å forebygge psykiske helseplager hos barn og unge. Kommunen bør som skoleeier, og med ansvar for barnehage og aktivitetsskolen, være oppmerksom på betydningen av kompetanse hos personellet. Kommunen skal også ha kompetanse til å tilby målrettet innsats mot grupper som trenger oppfølging, for eksempel ulike former for lavterskeltilbud/frisklivstilbud.

De fleste barn tilbringer mye tid i barnehagen. Barnehageansatte har derfor en særstilling når det gjelder å observere og få informasjon om barnas omsorg og livssituasjon. En styrking av samarbeidet mellom barnehage, helsestasjon og barnevern er vesentlig for å nå barn som er i faresonen så tidlig som mulig. Målet må være at problemer og bekymringer for et barn skal løses på lavest mulig nivå, og i størst mulig grad i samarbeid med barn og foreldre. Tverrfaglige kompetansetiltak må videreføres og videreutvikles. Med hensyn til tverrfaglig samarbeid for utsatte barn og unge i Oslo er SaLTo-modellen helt unik og erfaringer herfra bør gå inn i nye tiltak på bydelsnivå.⁷⁶

⁷⁵ Intervju av Ingebjørg Hestetun i "Sinnets helse"

⁷⁶ Oslo kommune og Oslo politidistrikt. SaLTo handlingsprogram 2011-2014. Kriminalforebygging blant barn og unge i Oslo

De siste tre årene er det satset betydelig på kompetansetiltak for å forebygge selvmord, dette bør fortsette, og videreutvikles. Det må sikres at ny kompetanse om behandling av unge som driver med selvskading når bydelenes tjenestetilbud. Selvskading er et økende problem, spesielt blant jenter.

5 Mål og tiltak

5.1 Visjon

Egenopplevd helse, livskvalitet, tilhørighet og trygghet er grunnleggende for et godt liv. Med dette som utgangspunkt er Oslo kommunes visjon for folkehelse i planperioden 2013-2016: "Glad i Oslo".

5.2 Hovedmål

Samordnet innsats skal gi mulighet for god helse og trivsel, uavhengig av hvem du er og hvor du bor i Oslo.

5.3 Strategier

Folkehelsearbeidet i Oslo skal være langsiktig og strukturert. Det er derfor valgt fire overordnede strategier for denne planperioden.

Strategi 1: Forankring av folkehelsearbeidet er en vedvarende strategi for måloppnåelse, forståelse og godt samarbeidsklima.

Strategi 2: Helseovervåkning er en vedvarende strategi for å holde oversikt, følge loven, sette inn tiltak og nå fastsatte mål.

Strategi 3: Kommunikasjon er en vedvarende strategi for å oppnå samarbeid, formidle kunnskap og skape forståelse rundt muligheter og utfordringer knyttet til innbyggernes helse og levekår.

Strategi 4: Satsningsgruppe er en vedvarende strategi for å konsentrere innsatsen på et prioritert område i folkehelsearbeidet.

5.4 Tverrgående folkehelseprinsipper for Oslo kommune

For å sikre og ivareta en god folkehelsepolitikk i Oslo skal det helsefremmende og sykdomsforbyggende arbeidet baseres på fem tversgående prinsipper, gjeldene for hele byen.

1. Alle innbyggerne skal ha mulighet til god helse og et godt liv

Prinsippet krever oppmerksomhet på hva som bidrar til god helse og et godt liv for innbyggerne. Sosial status, økonomi, kulturell bakgrunn, strukturelle forhold, fysisk tilrettelegging og annet skal ikke oppleves som et hinder for livsutfoldelse. Alle kommunale planer skal ivareta dette.

2. Kommunen samarbeider på tvers av alle nivåer og forvaltningsområder

Det skal arbeides systematisk og tverrfaglig med folkehelse, ved å etablere ressursgrupper som sørger for et helhetlig folkehelseperspektiv i den kommunale forvaltningen. Det skal spesielt rettes fokus mot barn og ungdoms oppvekstvilkår.

3. Innbyggernes helse og livskvalitet er et felles ansvar

Kommunen er ikke alene om å ta ansvar for innbyggernes helse og livskvalitet. Oslo kommune skal gjennom langsiktig planlegging og tilrettelegging legge grunnlaget for at

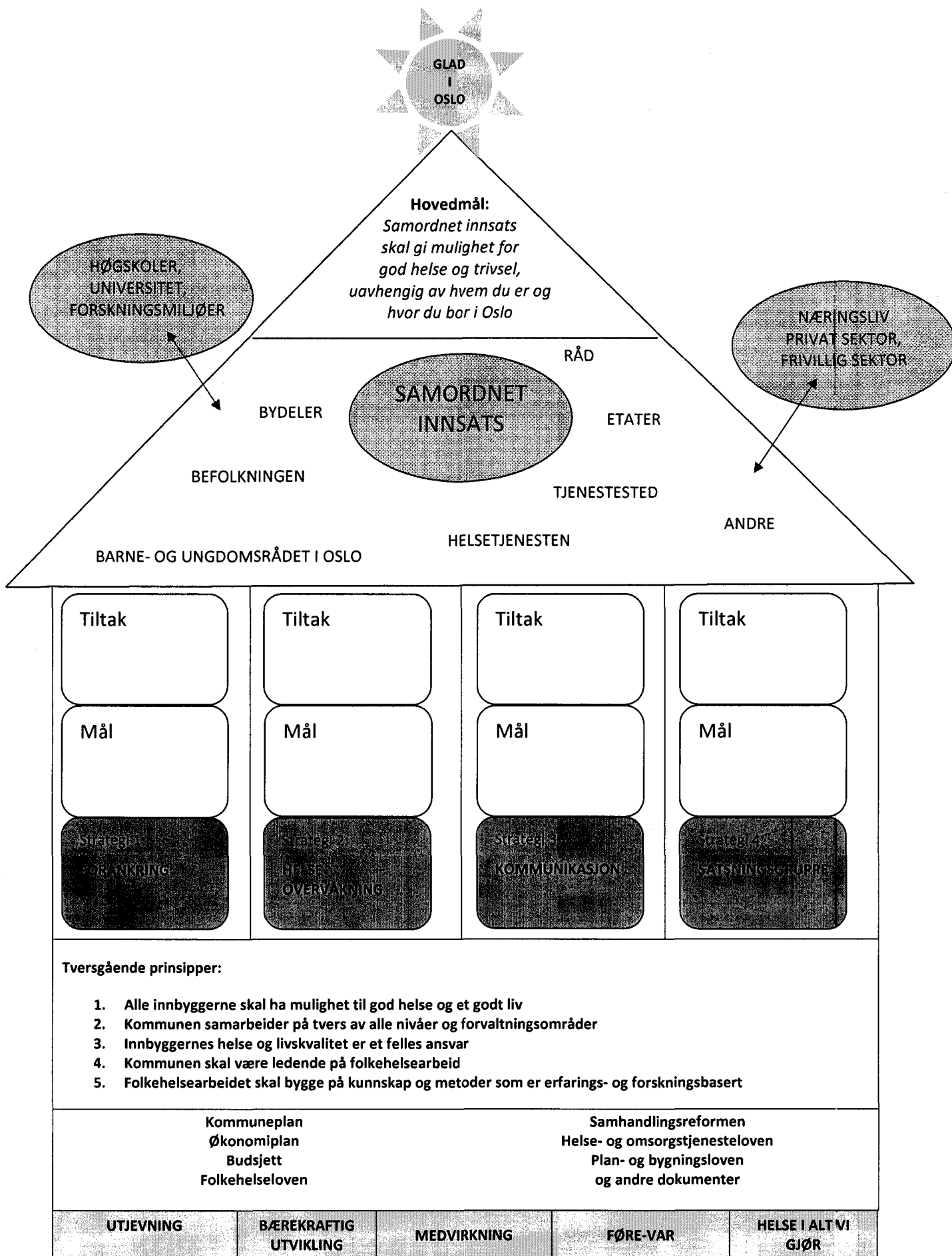
innbyggerne har likest mulige forutsetninger for et godt liv. Hvert individ har, ut fra sine muligheter, ansvar for egne valg og for å bistå til at andre får gode liv.

4. Kommunen skal være ledende på folkehelsearbeid

Oslo kommune skal aktivt arbeide for å sette viktig helsepolitiske og samfunnspolitiske spørsmål på dagsorden. Folkehelsearbeidet skal prioriteres og vektlegges i planlegging og utvikling innenfor de ulike sektorene i kommunen. For å oppnå dette setter kommunen årlig av ressurser til gjennomføring av tiltak i tråd med vedtatte planer. Oslo kommune skal som arbeidsgiver tilrettelegge for helsefremmende arbeidsplasser.

5. Folkehelsearbeidet skal bygge på kunnskap og metoder som er erfarings og forskningsbasert

Oslo kommune skal sikre at folkehelsearbeidet er erfarings- og kunnskapsbasert. På områder der kunnskap ikke er tilgjengelig, skal Oslo kommune ta initiativ til at ny kunnskap etableres i samarbeid med universitet og høyskoler.



5.3 Strategier, mål og tiltak

Mål:

1. Folkehelsearbeidet er synliggjort og forankret som et politisk satsningsområde.
2. En modell for forankring av folkehelsearbeidet er innført i Oslo kommune.
3. Tverrsektorielt samarbeid på flere nivåer er etablert for utjevning av sosiale forskjeller i helse og levekår.
4. Beslutningstakere og aktuelle fagpersoner i Oslo kommune, har god kunnskap om folkehelseutfordringene i Oslo.

Tiltak:

Alle år:

1. Skal det leveres årlige rapporter fra bydeler og etater om fremdrift og måloppnåelse i folkehelsearbeidet.
2. Skal det, med utgangspunkt i nytt lovverk og andre nasjonale føringer, utarbeides og gjennomføres folkehelseopplæring for beslutningstakere og fagpersoner.
3. Skal folkehelseperspektivet ivaretas i alle kommunale planer som utarbeides.

Innen utgangen av 2013:

4. Skal det være oppnevnt et sentralt folkehelseråd i kommunen.
5. Skal folkehelsesekretariatet bistå folkehelserådet med å koordinere folkehelsearbeidet på et overordnet nivå, og fungere som faglig premissleverandør for byrådsavdelingene.
6. Skal det være oppnevnt en fast kontaktperson for folkehelse i hver byrådsavdeling.
7. Skal det etableres en ressursgruppe for folkehelsesekretariatet som arbeider med forankring av folkehelsearbeidet.

Innen utgangen av 2014:

8. Skal det være oppnevnt en fast kontaktperson for folkehelsearbeid i alle etater og kommunale foretak.

Innen utgangen av 2016:

9. Skal det være ansatt folkehelsekoordinatorer i 100 % stilling i alle 15 bydeler.

Strategi 2: Helseovervåkning

Helseovervåkning er en vedvarende strategi for å holde oversikt, følge loven, sette inn tiltak og nå fastsatte mål.

Mål:

1. Oslo kommune har oversikt over helsetilstanden i kommunen og de positive og negative faktorene som kan virke inn på helsen, herunder trekk ved utviklingen som skaper eller opprettholder sosiale forskjeller i helse og levekår.
2. Oversikt over helsetilstanden i Oslo skal **fortløpende** legge grunnlaget for valg og implementering av tiltak.

Tiltak:

Alle år:

1. Skal foreliggende system for helseovervåkning (Oslohelsa) videreutvikles til å bli et dynamisk verktøy, som ivaretar folkehelselovens krav til helseovervåkning i Oslo.
2. Skal Oslohelsa samordne aktuell statistikk som gir et bredt bilde av Oslos befolkning i et folkehelseperspektiv.
3. Skal det, i samarbeid med relevante fagmiljøer, arbeides med utvikling av helseindikatorsett for Oslo.
4. Skal det foreligge sammenlignbar folkehelsestatistikk, inkludert påvirkningsfaktorer og annen relevant statistikk, på bydelsnivå.
5. Skal erfaringsbasert kunnskap løftes frem som grunnlag for fremtidig statistikk og kompetanse.

Innen utgangen av 2013:

6. Skal det etableres en ressursgruppe for folkehelsesekretariatet som arbeider med helseovervåkning.
7. Skal det formaliseres et samarbeid om helseovervåkning og påvirkningsfaktorer med aktuelle statlige aktører på området (for eksempel Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet m.fl.).
8. Skal det etableres et borgerpanel på minimum 1000 personer som representere hele Oslo kommune.
9. Skal hver bydel ha etablert et eget representativt borgerpanel i egen bydel.

Innen utgangen av 2014:

10. Skal det formaliseres et samarbeid om helseovervåkning og påvirkningsfaktorer med andre fylkeskommuner og storbyer det er naturlig å sammenligne Oslo kommune med.
11. Skal det, i samarbeid med statlige aktører, utarbeides en plan for ny helseundersøkelse for Oslo kommune.

Strategi for Kommunikasjon

Kommunikasjon er en viktig del av kommunens strategi for å oppnå samarbeid, formidling, kampanjer og skape gode samarbeidsforhold. Utfordringer knytter til innbyggernes helse og livskvalitet.

Mål:

Oslo kommune er en pådriver innen kommunikasjon for oppnå god helse og trivsel.

Tiltak:

Alle år:

1. Skal det foreligge en overordnet informasjonsstrategi for folkehelsearbeidet i Oslo kommune.
2. Skal det gis ut et folkehelsemagasin "Glad i Oslo", for befolkningen.
3. Skal det arbeides med videreutvikling og gjennomføring av arrangementet Oslo folkehelsepris.

Innen utgangen av 2013:

4. Skal det etableres en ressursgruppe for folkehelsesekretariatet som arbeider med kommunikasjon i folkehelsesammenheng.
5. Skal det opprettes en **egen** nettside for folkehelse i Oslo.
6. Skal det formaliseres et samarbeid med Barne- og ungdomsrådet i Oslo (BURO).

Innen utgangen av 2014:

7. Skal det igangsettes et arbeid for at bydelene gjennom hele planperioden styrker tilbudet om varierte møteplasser for gode samtaler, aktiviteter og mattilbud som bidrar til god helse og trivsel.

Strategisk satsingsplan

Satsning på oppfølging og videreutvikling av strategien for å realisere innsatsen på prioriterte områder i folkehelsearbeidet for perioden 2013 – 2016 for barn og unge 0 – 25 år, blant annet som

Satsning på oppfølging

Mål:

1. Alle barn og unge har mulighet til “den gode samtalen”.
2. Alle barn og unge kan si sin mening og blir hørt i saker som angår dem.
3. Alle arenaer der barn og unge oppholder seg er tilrettelagt for utvikling, helse og trivsel.
4. Alle bydeler og etater i Oslo legger til rette for at barn og unge skal ha hverdager som er morsomme, meningsfulle og mangfoldige.
5. Alle elever ved videregående skoler fullfører sitt utdanningsløp.
6. Satsning på barn og unge fører til utjevning av sosial ulikhet i helse og levekår.
7. Forekomst av selvmordsadferd blant barn og unge er redusert.
8. Alle barn og unge i vanskelige livssituasjoner blir fulgt opp gjennom ”De samordnende handlingsplanene for barn i vanskelige situasjoner” i bydelene.

Tiltak:

Alle år:

1. Skal alle barnehager, skoler og aktivitetsskoler i Oslo fremme helse og trivsel.
2. Skal alle skoler ha en åpen og tilgjengelig bemannet skolehelsetjeneste.
3. Skal det sikres godt innemiljø, utemiljø, bomiljø og trygge omgivelser i Oslo.
4. Skal nasjonale faglige retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme implementeres.
5. Skal erfarings- og kunnskapsbasert innsats i skoler/barnehager sikre at barn og unge fullfører utdanningsløpet.
6. Skal kurs for forebygging av selvmord og selvskadning videreføres og utvikles.
7. Skal det sikres en aktiv oppfølging av de unge som har forsøkt å ta sitt eget liv.
8. Skal de Samordnende handlingsplanene for barn i vanskelige livssituasjoner evalueres.
9. Skal kulturkort for barn og unge videreføres i Oslo.
10. Skal det arbeides for å videreutvikle et helhetlig frisklivstilbud til innbyggerne i Oslo.
11. Skal det tilrettelegges for at alle barn og unge i Oslo har gode arenaer og anlegg for fysisk aktivitet og friluftsliv i nærmiljøet.

Innen utgangen av 2013:

12. Skal det etableres en ressursgruppe for folkehelsesekretariatet som arbeider med satsningsgruppen barn og unge, i folkehelsesammenheng.
13. Skal alle bydeler utvide aldersgrensen på helsestasjon for ungdom til 25 år.
14. Skal forpliktende samarbeidsavtaler mellom Helse Sør Øst, lokalsykehus og bydelene være utarbeidet, om aktiv oppfølging av barn og unge som har forsøkt å ta sitt liv.
15. Skal Oslo kommune i samarbeid med Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging ØST (RVTS) utarbeide en kompetanseplan for traume- og selvmordsforebygging for ansatte i primær og sekundærforebyggende tjenester.

Innen utgangen av 2014:

16. Skal ny nasjonal faglig veileder for forebygging av selvmord og oppfølging av etterlatte være implementert.

Innen utgangen av 2016:

17. Skal det, i henhold til kriterier for helsefremmende arenaer for barn og unge, være gjennomført en revisjon av et utvalg barnehager, aktivitetsskoler, skoler og fritidsklubber.
18. Skal det være utprøvd og evaluert en ordning med hjemmebesøk til førskolebarn.
19. Skal alle primær- og sekundærforebyggende tjenester for utsatte barn og unge ha økt sin kompetanse gjennom "Kompetanseplan for traume og selvmordsforebygging".

Figurliste

Figur 1 Planprosessen med henvisning til paragrafer i folkehelsesloven.....	11
Figur 2 Påvirkningsfaktorer for helse	18
Figur 3 Fylkesbarometeret for Oslo sammenlignet med resten av landet.....	21
Figur 4 Dødelighet av hjerte- og karsykdom på bydelsnivå i Oslo (2007-2009). Tallene viser antall døde per 100 000 innbyggere. Aldersstandardiserte rater.....	23
Figur 5 Forskjeller i forventet levealder ved fødselen, mellom ulike bydeler i Oslo (2006-2010)	26
Figur 6 Andel 5-åringer uten karieserfaring i ulike byområder i Oslo	26
Figur 7 Andel barn (0-17år) i familier med vedvarende lav inntekt i Oslo, etter bydel	27
Figur 8 Andel elever i Oslo som sluttet videregående opplæring underveis, etter foreldrenes utdanning	28
Figur 9 Andel barn (3. og 7. klassinger) med overvekt på bydelsnivå i Oslo (Bydel Gamle Oslo deltok ikke i undersøkelsen)	31
Figur 10 Dødsfall per 100 000 innbyggere etter kjønn og 5-års perioder. Aldersstandardisert. Oslo og hele landet. 1996-2010	33
Figur 11 Antall døde av selvmord fordelt etter kjønn og aldersgrupper. 2004-2009	33
Figur 12 Andel gutter og jenter 14-17 år som har vært plaget av selvmordstanker "sist uke" og andel som har forsøkt å ta livet sitt	34
Figur 14 Folkehelsehuset.....	38

201200871-3 - Høring, forslag til folkehelseplan 2013-2016

Postmottak BYR

Sendt: 20. mars 2012 10:25**Til:** Postmottak BAL; BBJ Postmottak; Postmottak Bydel Frogner; Postmottak ADM; Postmottak Grorud; POSTMOTTAK BGA; Postmottak; Postmottak; POSTMOTTAK; Postmottak BSH; POSTMOTTAK; Postmottak; Postmottak-BUN; BVA-Postmottak; Postmottak Bydel Østensjø**Vedlegg:** Forslag folkehelseplan 20~1.docx (735 kB) ; Vedlegg 1 - Folkehelsekart.docx (46 kB) ; Vedlegg 2 - Tiltak på uli~1.docx (35 kB) ; Vedlegg 3 - Folkehelseprof~1.pdf (394 kB) ; 201200871-3.pdf (93 kB)

Vedlagt følger brev fra byrådsavdelingen. Brevet sendes i de fleste tilfeller elektronisk uten underskrift og skal betraktes som et originalt dokument. Papirdokument vil ikke bli ettersendt. Oversendelsesbrevet er i PDF-format og for å lese dokumentet forutsettes det at Acrobat Reader 5.0 eller høyere er installert. Programmet kan lastes ned gratis fra www.adobe.no. Enkelte vedlegg kan være i andre formater.

Med hilsen
Byrådsavdelingene
Byrådslederens kontor
Seksjon for intern administrasjon, dokumentcenteret
Tlf.: 23461250
E-post: postmottak@byr.oslo.kommune.no