



Oslo kommune  
Bydel Søndre Nordstrand  
Bydelsadministrasjonen

SAKSFRAMLEGG

**Sakstittel:**  
**Høring Folkehelseplan 2013 - 2016**

---

<b>Saken behandles i:</b>	<b>Møtedato:</b>	<b>Utvalgssaksnr.:</b>
Helse- og sosialkomiteen	10.05.2012	
Arbeidsutvalget	24.05.2012	
Bydelsutvalget	31.05.2012	

<b>Saksbeh:</b>	Marit Rognerud
<b>Arkivkode:</b>	202
<b>Saksmappe:</b>	2006/142

---

Vi viser til deres brev datert 20.03.2012 angående sak nr 201200871-3, Arkivkode: 202 (Saksbehandler Martin Fjordholm) med høringsfrist 01.05.2012.

BSN vil med dette meddele at vi setter pris på at Oslo kommune viser at de ønsker å prioritere folkehelsearbeidet ved å fremme forslag til en revidert Folkehelseplan for perioden 2013-2016.

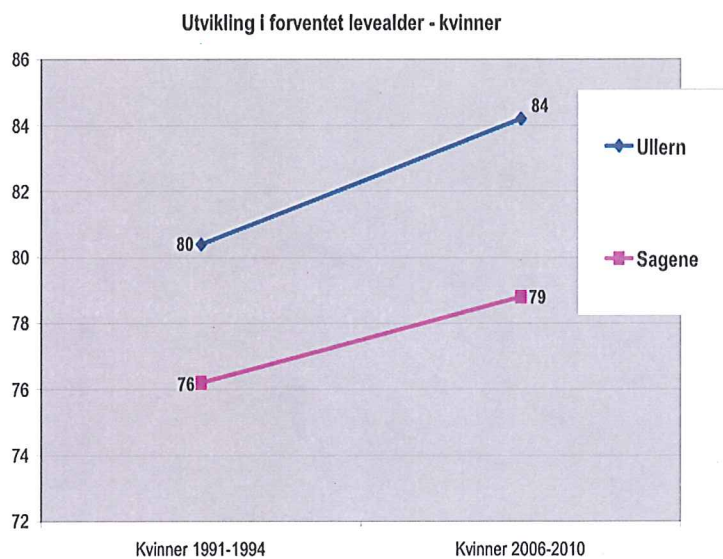
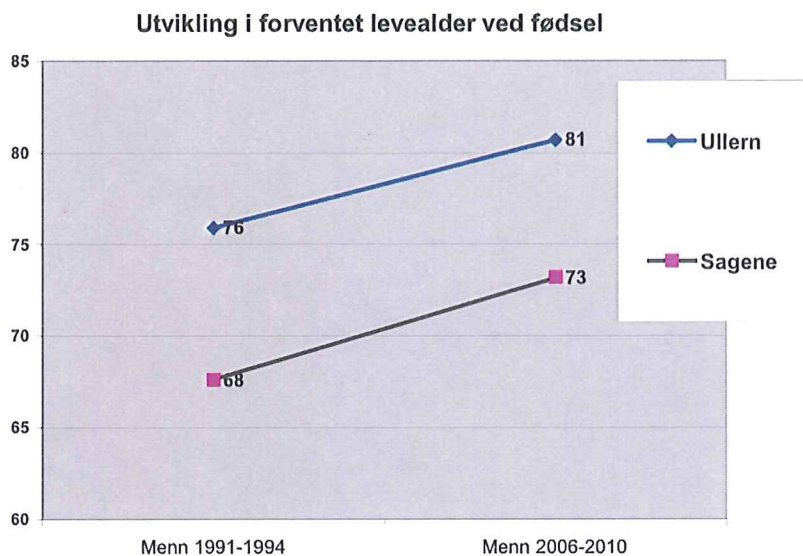
**Helseovervåking og systematikk i folkehelsearbeidet**

Vi støtter at det er blitt en dreining av fokus siden forrige plan bl. a ved at det legges mer vekt på helseovervåking og systematikk i folkehelsearbeidet. Dette er i tråd med den nye Folkehelseloven, og det innebærer bl. a at det skal ligge en utredning til grunn, der man identifiserer hovedutfordringer og vurderer kunnskapsgrunnlaget for aktuelle tiltak, før man prioriterer innsatsen. Det er også spesielt gledelig at Oslo kommune sentralt vil prioritere å få på plass et statistikkverktøy som gjør det mulig å monitorere utvikling, og muligens også vurdere grad av måloppnåelse i dette arbeidet, i hver enkelt bydel.

Bydelsvis statistikk er spesielt viktig for en kommune som Oslo som har større bydelsvise forskjeller i helse og levekår enn det vi finner i Norge som helhet. Oslo, som landets hovedstad og eneste storby, står her i en særstilling ved at de trekker til seg en stor andel av landets elite innen næringsliv og akademia, men samtidig er Oslo en arena med opphopning av befolkningsgrupper med store levekårsproblemer som f. eks sprøytenarkomane (ca 1/2 av totalt antall i Norge) og bostedsløse, innvandrere fra fattige deler av verden (ca 1/3 av alle ikke-vestlige innvandrere i Norge bor i Oslo) og enslige, derav både ugifte og skilte (Hagen m fl 1994, Rognerud og Stensvold 1998, Rognerud m fl 2000, Rusmiddeldirektoratet 1997) og samtidig er det dyrt å bo i Oslo. Boligmarkedet, og hva det koster å bo i ulike deler av Oslo, gir viktige seleksjonsmekanismer på hvem som bor hvor, og på den måten skapes det store geografiske forskjeller i helse og levekår i Oslo. Gjennomsnittsstatistikk for Oslo er derfor lite hensiktsmessig.

Helt siden rapporten Oslohelse ble utgitt i 1998 (Rognerud & Stensvold 1998) har man pekt på de store helseforskjellene i Oslo, og det har vært avsatt betydelige beløp til områdebasert

satsing i kjølvannet av denne og andre rapporter. Et eksempel på en storstilt økonomisk satsing både fra stat og kommune er f.eks. Oslo indre øst-satsingen 1997-2006 som er nevnt i kapittel 2.3.3. Man fulgte imidlertid ikke opp dette med å se om denne satsingen reduserte helseforskjellene. Hvis vi f.eks. studerer et helsemål som forventet levealder ved fødsel mellom en av bydelene i Oslo Indre Øst og en av bydelene på vestkanten som har vært identiske fra 90-tallet til dags dato, så finner vi følgende (Kilde: Oslohelsa og SBB):



Figuren viser utvikling i forventet levealder ved fødsel i løpet av 15 år i de bydelene som fortsatt er identiske som på 90-tallet. Forskjellene i forventet levetid er omtrent de samme nå (heller større for kvinner) som på midten av 90-tallet til tross for en storstilt satsing i Oslo indre øst i perioden 1997-2006. Og forventet levealder er beregnet på samme måte med glidende middelværdier av dødeligheten i 5 og 5 års aldersgrupper i 2 perioder, hhv. 1991-1994 og 2006-2010.

Det pekes også ganske riktig på at bydelene sitter på de fleste virkemidlene til å få til et sektorovergripende folkehelsearbeid. Bydelene rår over et bredt spekter av tjenester og arenaer som f.eks. legetjenester, helsestasjon og skolehelsetjenester, sosialtjenester, barnehager, fritid og



nærmiljø. I Oslo mangler bydelene imidlertid en viktig sektor i forhold til barn og unge, nemlig skolesektoren. Bydelene har allikevel store muligheter til å drive tverrsektorielt folkehelsearbeid, som jo også er forankret i loven. Det er derfor på dette nivået vi har behov for gode verktøy som kan støtte opp under arbeidet med utredning og måling av resultater.

Generelt bør folkehelseplaner tilstrebe å utarbeide mål som er konkrete og målbare og tidfestede. Dette virker forpliktende. Og målene bør reflekteres både i budsjetter og i indikatorer som man kan monitorere. Da vil statistikken som produseres som et ledd i helseovervåkingen vise om man når målene i planen.

### **Kunnskapsbaserte tiltak?**

Generelt er det alt for lite vekt på kunnskapsbaserte tiltak som har vist seg både effektive og kostnadseffektive, og dette er knapt nevnt som noe kriterium for prioritering. Dersom det er usikkert om tiltakene virker, eventuelt om effekten er verd innsatsen, bør man inngå samarbeid med kompetente forskningsinstitusjoner før man iverksetter byomfattende satsinger. Oslo kommune sentralt burde derfor opprette et eget fond til forskning og kunnskapsutvikling som de kunne koble opp mot tiltak som de har stor tro på, men som det pr dags dato er lite «evidens» for. Et slikt fond er det ikke umulig at statlige myndigheter også kunne være med på å finansiere.

Som i den forrige folkehelseplanen, tar heller ikke denne folkehelseplanen nok innover seg problemet med hopning av risiko hos de samme utsatte individer og grupper. Dette innebærer bl a at de som sliter med levekårsproblemer ofte er de samme individene som sliter med psykiske helseproblemer, lav følelse kontroll/mestring av dagliglivet, sliter med kroniske smerter og har usunn livsstil og levevaner (Rognerud m fl 2000, Rognerud m fl 2002, Myklestad m fl 2008). Kunnskapsoppsummeringer har vist at mange tiltak som kan ha effekt på helsereelatert atferd hos bedrestilte grupper, ofte har liten eller ingen effekt på sosialt utsatte grupper (Smedslund m fl 2008). Denne planen har ikke like stort fokus på individrettede tiltak for å endre atferd som den forrige folkehelseplanen hadde, men heller ikke denne planen tar inn over seg at slike tiltak, som ofte er ganske så ressurskrevende, burde man først og fremst pilotere og evaluere hvis man ønsker at dette skal være et satsingsområde for å redusere sosial ulikhet i helse. Rimelige miljørettede tiltak i forhold til atferd er bare så vidt nevnt. Her kunne man gjerne ha fokusert mer på tiltak som begrenser tilgjengeligheten (utsalgssteder/åpningstider etc) av usunn mat/drikke. Dette har vi stor erfaring med på områder som tobakk og alkohol i Norge, og de har vist seg som både effektive og billige. Man kunne på tilsvarende måte tenke seg restriksjoner mot salg av sukkerholdig mat og drikke i nærhet av barnehager og skoler etc. Dette virker heller ikke stigmatiserende på enkeltindivider med overvekt. I tillegg kunne man satse mer på mye fysisk fostring av barn både i barnehage og skole. Slike universelle tiltak (som rettes mot alle) ville også redusere behovet for langt dyrere selektive og indikative tiltak som er rettet mot risikogrupper og enkeltindivider med et begynnende helseproblem (Major m fl 2011).

### **Økonomi**

Ellers sies det ikke noe om at det skal avsettes særskilte midler til dette. Man snakker om kriteriesystemet som fordeler midler til tjenestene som bydelene skal levere til sine innbyggere, men uten særskilte midler er det neppe realistisk å forvente noen målbar reduksjoner f eks av øst-vest forskjeller i helse. Her må det nok langt sterkere virkemidler til (jf at heller ikke Oslo indre østpakken synes å ha gitt målbare resultater på sentrale helseindikatorer). Her synes vi at



Oslo kommune i tillegg burde ha avsatt et betydelig beløp som bydelene kunne søke om. Kommunen kunne f.eks. kreve at bydelene hadde på plass en utredning med identifiserte problemer og muligheter, og at dette hadde resultert i en godt forankret (både administrativt og politisk) plan med fornuftige prioriteringer basert på kunnskap om forventet effekt og en viss vurdering av kostnadseffektivitet av de foreslåtte tiltakene som de søkte om å få finansiert.

### **Organisering og forankring**

BSN synes det er positivt av Oslo sentralt synes å ville følge opp og forankre dette arbeidet både administrativt og politisk i et folkehelseråd. Her bør man imidlertid sikre at rådet får en fornuftig blanding av fagansvarlige i bydel, administrative ledere og politikere. Fra bydelene burde i hvert fall bydelsoverlegene og bydelsdirektørene være faste medlemmer av folkehelserådet. Det sies lite om hva slags kompetanse disse folkehelsekoordinatorene skal ha. I hvert fall burde disse folkehelsekoordinatorene i bydelene legges til bydelsoverlegefunksjonen for at de skal få den nødvendige faglige støtte i det daglige og at bydelsoverlege kan ha et overordnet ansvar for den faglige kvaliteten på dette arbeidet. Ellers virker forslaget til organisering bra. Det bør være en god kombinasjon av «top down» som kan sikre faglighet og prioriteringer som man kan forvente er rimelig kostnadseffektive med en «bottom-up» strategi der befolkningen og politikerne også får innflytelse. Mange av de store handlingsplanene i Oslo har antakelig hatt for sterk fokus på det siste til at man kan forvente så mye helseeffekt av de investerte midlene.

### **Definisjoner og begreper**

Folkehelsearbeid er ikke ensbetydende med forebyggende og helsefremmende arbeid. Folkehelsearbeid er derimot definert som den organiserte virksomheten som gjøres for å forebygge sykdom, fremme helse og forlenge liv hos hele eller deler av en befolkning. Alt man gjør for å holde befolkningen frisk, enten dette er arbeidet med å påvirke helsedeterminantene i en gunstig retning (helsefremmende og forebyggende) eller arbeid med å bygge ut et tilstrekkelig og godt kurativt tjenestetilbud kan regnes som folkehelsearbeid. Utredning og identifisering av behov, planlegging, dimensjonering og evaluering av programmer, tiltak og tjenester samt monitorering over tid er de sentrale elementene i denne organiserte virksomheten som kalles folkehelsearbeid. (<http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=5120>)

Det tas også til orde for WHO sitt helsebegrep i denne planen som altså i korthet sier at helse ikke er synonymt med fravær av sykdom. Dette er positivt. Hvordan man definerer helsebegrepet henger faktisk sammen med hva man skal prioritere å satse på for å bedre folkehelsen. WHO definerer helse som noe optimalt og med positivt fortegn som inkluderer trivsel, velvære, overskudd i hverdagen o.l. Indikatorer på "dårlig helse" vil kunne være alt fra ulike plager, symptomer, manglende overskudd og funksjonshemming, sykdom og død. I spørreundersøkelser finner vi vanligvis også at mange opplever sin helse som god til tross for diagnostisert sykdom (som f.eks. diabetes).

WHO legger videre til en grundigere definisjon på psykisk helse som "en tilstand av velvære der individet realiserer sine muligheter, kan håndtere normale stress-situasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet." De hevder videre at god psykisk helse er av stor betydning både for livskvalitet og for produktivitet, og dermed også for velstand og økonomisk vekst (Major m fl 2011).

Hvilke mål og indikatorer som vi bruker for å måle HELSE vil altså få stor betydning for prioritering av ulike områder innen forebygging og behandling som f eks: Hvis helse måles i dødelighet og forventet levealder, vil det vanligvis føre til høy prioritet av forebygging og behandling av hjerte-karsykdommer. Hvis man bruker spedbarnsdødelighet som helsemål, vil svangerskapskontroll og fødselshjelp prioriteres. Hvis man derimot måler helse i form av arbeidsførhet, overskudd og livskvalitet, vil tiltak som kan bedre psykisk helse skåre høyt. Generelle livsbetingelser og levekår vil imidlertid være en felles bakenforliggende faktor som virker inn på de aller fleste helseindikatorer.

### **Sosial ulikhet i helse**

Sosial ulikhet handler ikke bare om forskjeller relatert til utdanning, inntekt og yrke, men om grunnleggende forskjeller i makt, innflytelse, fordeling av ressurser, grad av frihet og valgmuligheter. Mye av helseproblematikken knyttet til innvandrere og minoritetsgrupper er ofte relatert til lavere sosial status som f eks større grad av opplevd maktesløshet, lavere levestandard, mindre innflytelse over eget arbeid/eget liv, færre valgmuligheter, opplevelse av diskriminering, ekskludering etc. Enslige er også en gruppe som er sosialt mer vanskeligstilte enn de som lever i parforhold (Næss m fl 2007).

### **Referanser**

Blom, Svein. (Statistics Norway) (1998): Levekår blant ikke-vestlige innvandrere i Norge. Oslo/Kongsvinger : Statistics Norway.

Hagen K, Djuve AB, Vogt P. Oslo: den delte byen? FAFO-rapport 161. Oslo 1994.

Major E, Dalgard OS, Mathiesen KS, Nord E, Ose S, Rognerud M, Aarø LE. Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Rapport 2011:1. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt 2011.

Myklestad I, Rognerud MA, Johansen R. Utsatte grupper og psykisk helse. Rapport 2008:8. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt 2008.

Næss Ø, Rognerud MA, Strand BH. Faktarapport om sosial ulikhet og helse. Rapport 2007:1. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt 2007

Rognerud M, Stensvold I. Oslohelse. Utredningen om helse, miljø og sosial ulikhet i bydelene. Oslo kommune-Ullevål sykehus 1998.

Rognerud M, Strand BH, Hesselberg Ø. The health of Disadvantaged groups in Norway. Rapport 2000:2. Folkehelse, Oslo mai 2000.

Rognerud M, Strand BH, Dalgard OS. Psykisk helse i helse- og levekårsundersøkelsen 1998. I. Sosio-økonomiske forskjeller i psykisk helse og livsstil. Norsk Epidemiologi 2002; 12(3): 239-248.

Rusmiddeldirektoratet (1998): Alcohol and Drugs in Norway 1997, Alcohol and Drugs in Norway 1998. Oslo: Rusmiddeldirektoratet.

Smedslund G, Steiro AK, Winsvold A, Hammerstrøm KT. Effekt av tiltak for å fremme et sunnere kosthold og økt fysisk aktivitet, spesielt i grupper med lav sosioøkonomisk status. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 08 - 2008. ISBN 978-82-8121-8121-198-8 ISSN 1890-1298

Zahl PH, Rognerud M, Strand BH. Sosial ulikhet og utvikling i dødelighet hos enslige i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2003;123:1822-5.

**Bydelsdirektørens forslag til vedtak**

Ovenstående utgjør bydelsutvalgets høringsuttalelse til Oslo kommunes folkehelseplan 2013-2016.

Bydel Søndre Nordstrand, 03.05.2012

  
Jan Hagen  
bydelsdirektør