



101-sak 12/10

Saksframlegg

Saksmappe:
2008/271

Saksbeh:
Henning Mørland

Dato: 02.08.2012
Arkivkode:
202

Saksgang

Utvalg	Møtedato
Rådet for funksjonshemmede	11.09.2012
Eldrerådet	10.09.2012
Barne- og ungdomsrådet	11.09.2012
Helse- og sosialkomiteen	13.09.2012
Barne - og ungekomiteen	13.09.2012
Bydelsutvalget	20.09.2012

Selv mord og selvskading: Tiltak og handlingsplan som en del av folkehelsearbeidet i Bydel Sagene

Sammendrag:

Saken følger opp bydelsutvalgets verbalvedtak. Tiltak for å forebygge selvmord og selvskading skal ha en sentral plass i det forebyggende psykiske helsearbeidet. Bydelsdirektør anbefaler at en planmessig forankring av tiltak mot selvmord og selvskading innarbeides som en del av bydelens lokale folkehelseplan. En slik forankring vil være i samsvar med hvordan dette er inntatt i forslag til ny folkehelseplan for Oslo kommune.

Bakgrunn for saken:

Helse- og sosialkomiteen fremmet følgende verbalvedtak til budsjettbehandlingen for 2012.

VH2: Selvmord og selvskading

Hvert år er det 530 selvmord i Norge og man regner med at selvmordsforsøk er 10. ganger vanligere. Bydel Sagene opplever også årlig selvmord, også i våre egne boliger. Selvskading er mest utbredt blant unge og unge voksne. Både selvmord og selvskading påfører mange mye lidelse. Bydelsutvalget ber derfor direktøren om å utarbeide en handlingsplan mot selvmord og selvskading.

Saksframstilling:

Tiltak for å forebygge og forhindre selvmord og selvskading er viktige, likeledes god oppfølging av personer som har gjennomført selvmordsforsøk eller selvskading. Oppmerksomhet og åpenhet om problemstillingene er viktige som grunnleggende elementer, og dette gjelder ikke bare innenfor helse- og omsorgstjenesten, men også blant pårørende, venner og omgivelser for øvrig. I bydelens virksomhet som tjenesteyter er dette forhold som

107

ikke bare berører helsetjenesten og det psykiske helsearbeidet, men som skal ha oppmerksomhet innenfor et bredt spekter av bydelens tjenester og ansatte.

Bydelsadministrasjonen vil legge frem egne saker om organisering og utfordringer for det psykiske helsearbeidet i bydelen. I løpet av de seneste årene er det etablert nye lavterskeltiltak som kurs i depresjonsmestring (KID), stilling for bydelspsykolog samt frisklivssentral.

Bydelsadministrasjonen vurderer at det ikke er hensiktsmessig å lage en egen plan for tiltak mot selvmord og selvskading. For det første gjelder dette tiltak på ulike arenaer, nivåer og fagområder, som ikke kan avgrenses til et fagområde. Videre er det en risiko for at spesialiserte planer kan bli liggende og ikke blir aktivt brukt eller fulgt opp.

Psykisk helse utgjør et viktig element i folkehelsearbeidet, og bydelens lokale folkehelseplan vil være en naturlig planmessig forankring for føringer for forebyggende og helsefremmende arbeid. Folkehelseplanen omfatter hele tiltakskjeden, også tiltak utenfor bydelens egne tjenesteområder. Bydelsutvalget har vedtatt folkehelseplan for perioden 2011-2013 (vedlagt). Folkehelseplanen skal være et "levende dokument" som revideres og utvikles i takt med tiden. Samtidig skal bydelens lokale folkehelseplan være knyttet opp mot Oslo kommunes byomfattende folkehelseplan.

Helseetaten i Oslo kommune har utarbeidet forslag til ny byomfattende folkehelseplan for perioden 2013-2016. Planforslaget medfører en vesentlig endring fra tidligere folkehelseplan, og dreier fokus mot grunnleggende samfunnsforhold og helsefaktorer, og har i mindre grad fokus på enkeltfaktorer. Psykisk helse og forebygging av selvmord og selvskading er gitt en sentral omtale. Forslaget til ny folkehelseplan har vært på høring i kommunen, og det forventes snarlig politisk behandling. Forslaget til plan følger vedlagt. Det vil være naturlig at Bydel Sagene starter revisjon av lokal folkehelseplan når ny folkehelseplan for Oslo er iverksatt fra 2013.

Økonomiske, organisatoriske og miljørelaterte konsekvenser:

Ingen.

Forslag til vedtak:

Selvsmord og selvskading utgjør en viktig utfordring for folkehelsearbeidet. Bydelsdirektør anbefaler at en planmessig forankring innarbeides i bydelens lokale folkehelseplan, og at revisjon av folkehelseplanen skjer fra 2013. Bydelens tjenester skal ha fokus på forebyggende og oppfølgende tiltak i møte med brukere og pårørende.

BYDEL SAGENE

Knut Egger
bydelsdirektør

Godkjent og ekspedert elektronisk uten underskrift

Trykte vedlegg:

Lokal folkehelseplan for Bydel Sagene

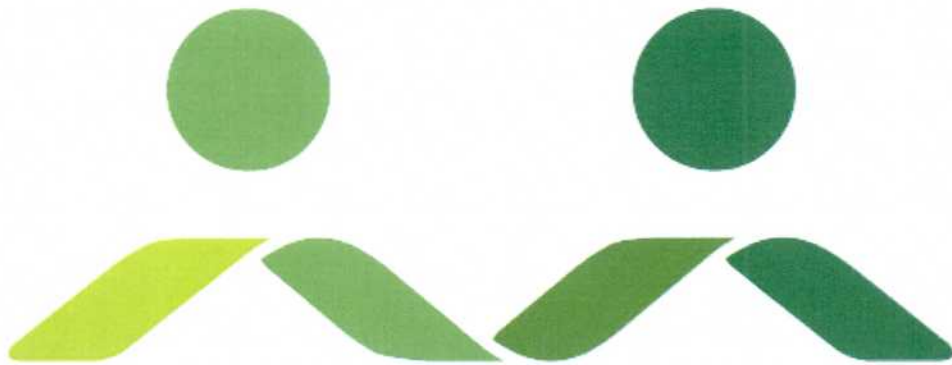
Folkehelse i Oslo, forslag til folkehelseplan for Oslo kommune 2013-2016

Utrykte vedlegg:

Vedlegg til BCU-sak 12/80

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 Føre – 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 Kommunehelsa statistikkbank og folkehelseprofiler	22
4.1.4 Databasen Oslohelsa.....	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 “reduere 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. Folkehelseloven 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 (Groruddalssatsingen og Handlingsprogram 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 ha 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 pålagt 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. Kommunehelsestatistikkbank 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 Kommunehelsestatistikkbank. 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 Kommunehelsestatistikkbank 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 ”reducere 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 \(2011-2015\)](#)

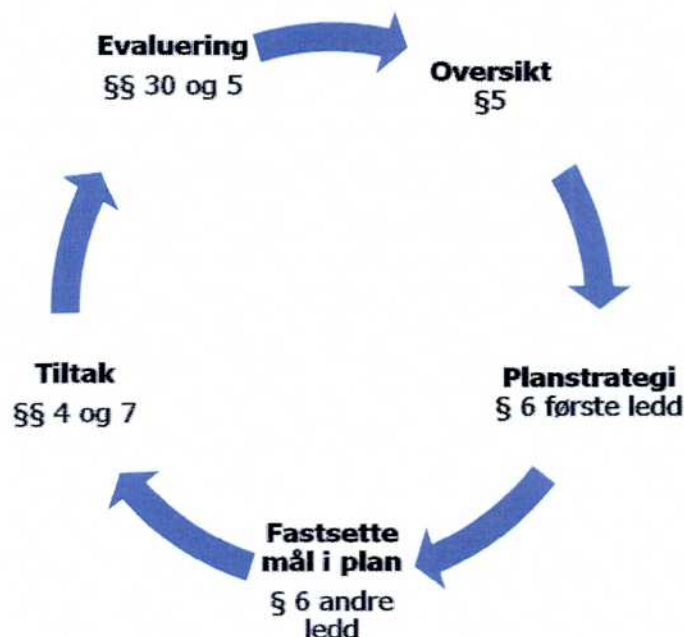
⁵ [Lov om folkehelsearbeid](#) (folkehelseloven), Prop. 90 L (2010-2011)

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 sektors 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 lovhenvisning 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 helseovervåking ivaretas på regionalt og lokalt nivå i Oslo.
8. Bydelenes ressurser må gjøre den enkelte bydel i stand til å tilby lokalt tilpassede folkehelsetilbud eller folkehelseiltak 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 ulikhet 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 satses 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 kapittelet 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 selvbylde 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

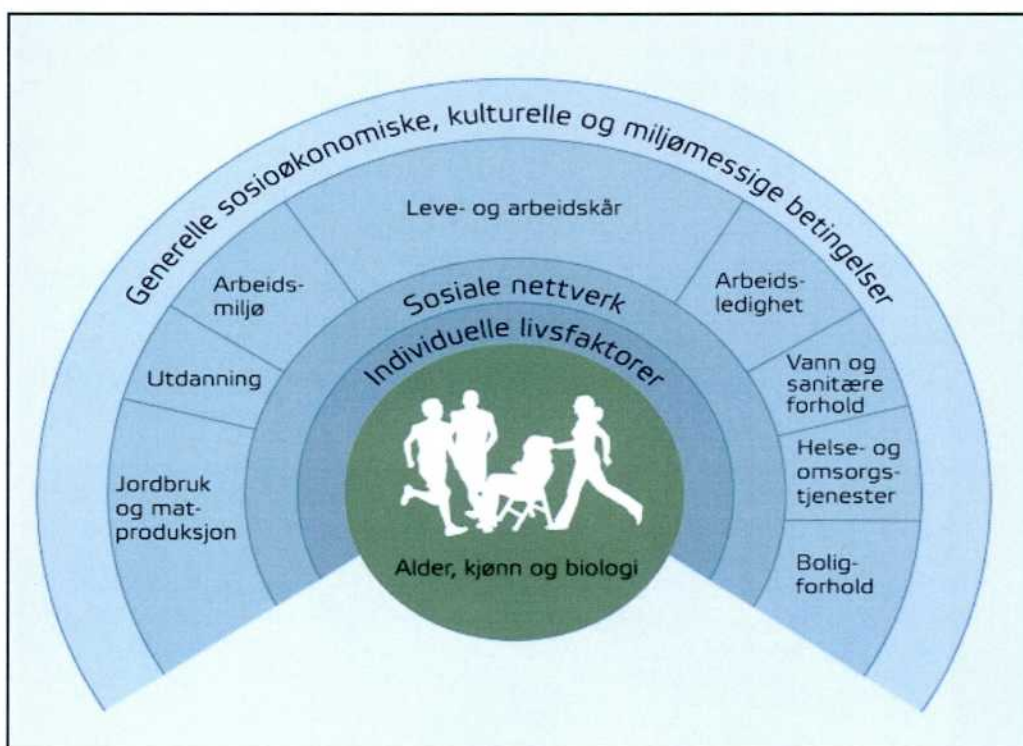
²¹ [Gradientutfordringen](#) - handlingsplan mot sosial ulikhet i helse 2005 (SHdir)

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 bakenforliggende faktorer også handle om for eksempel tilgjengelighet, struktur 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 høgskolemiljø 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 overlappe 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.

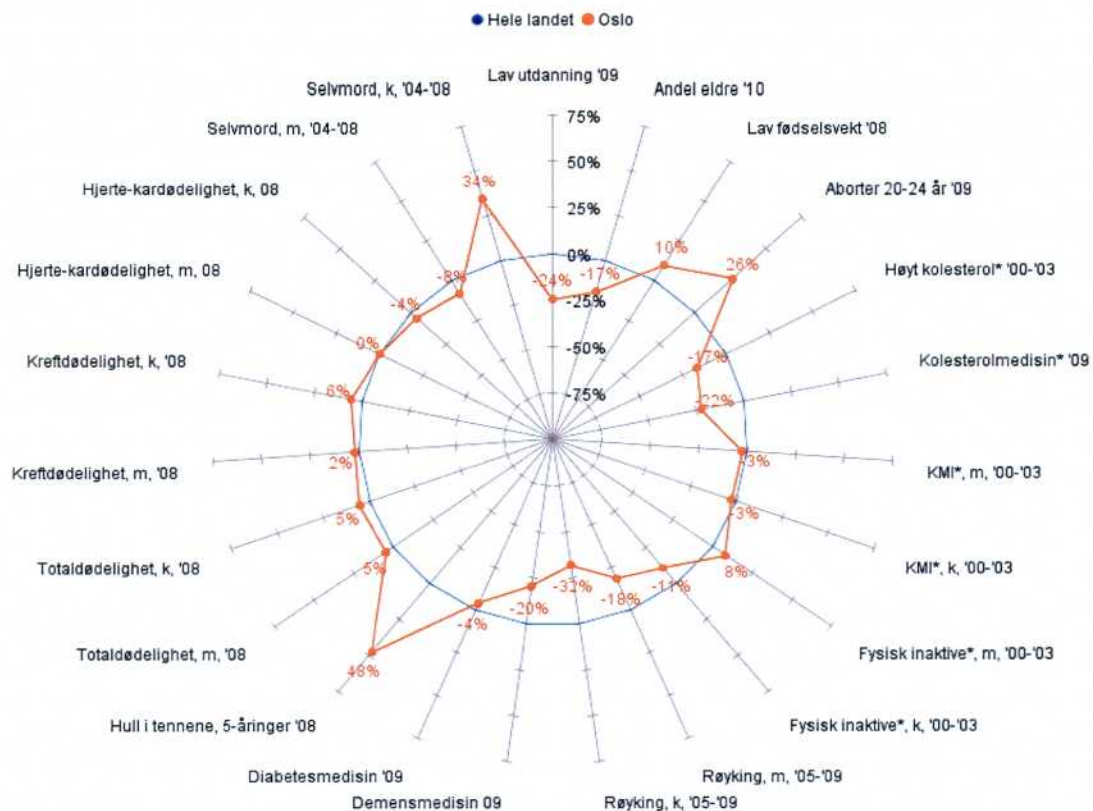
4 Folkehelse - utfordringsbildet i Oslo

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 sammenlignet 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, sammenlignet 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 Kommunehelsa statistikkbank og folkehelseprofiler

Kommunehelsa statistikkbank

Kommunehelsa 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 Kommunehelsa 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

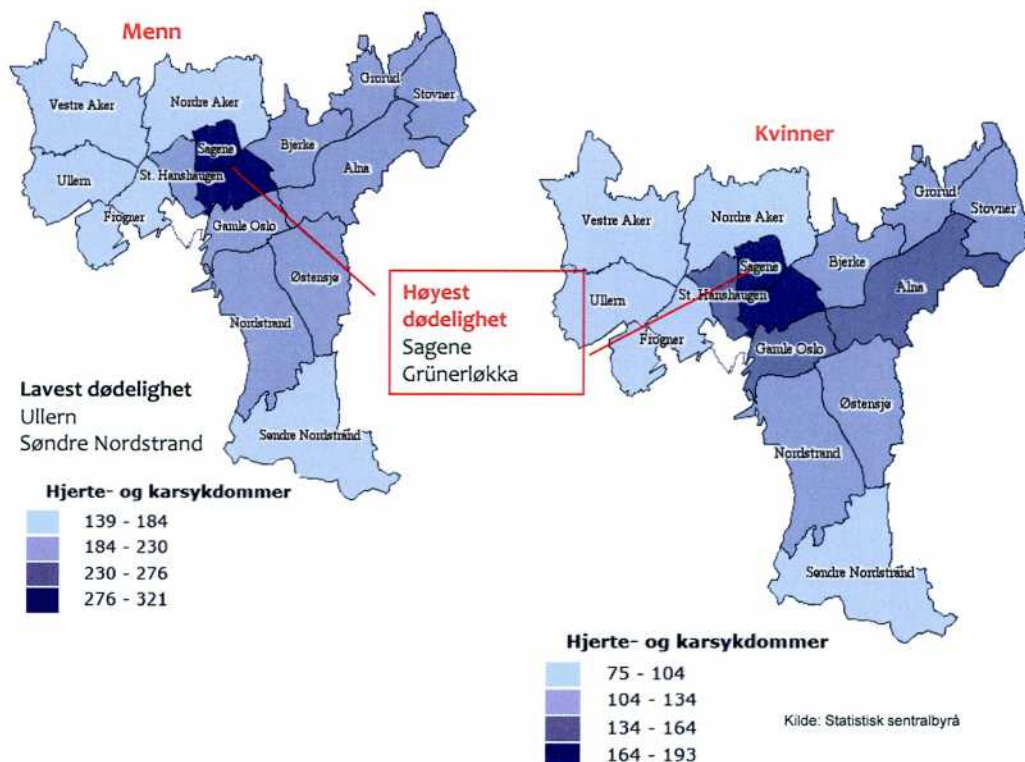
Oslohelsa er Oslo kommune sin database med statistikk om helsetilstanden og helsedeterminanter. Noen eksempler på helsedeterminanter som finnes i databasen er utdanning, arbeid, inntekt, samt påvirkningsfaktorer som ren luft, naturområder og gang- og sykkelveier. Oslohelsa er et supplement til fylkesbarometeret og Kommunehelsa 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 [Kommunehelsa 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 Oslotrender presenterer statistikk som i fremtiden må ses i sammenheng med formidling av informasjon fra Oslohelse.

Data om innbyggers helse og levekår fremkommer også i forskningsprosjekter som gjennomføres i samarbeid med universitet, høyskoler 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 kompetansetaten: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, inn klima, 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

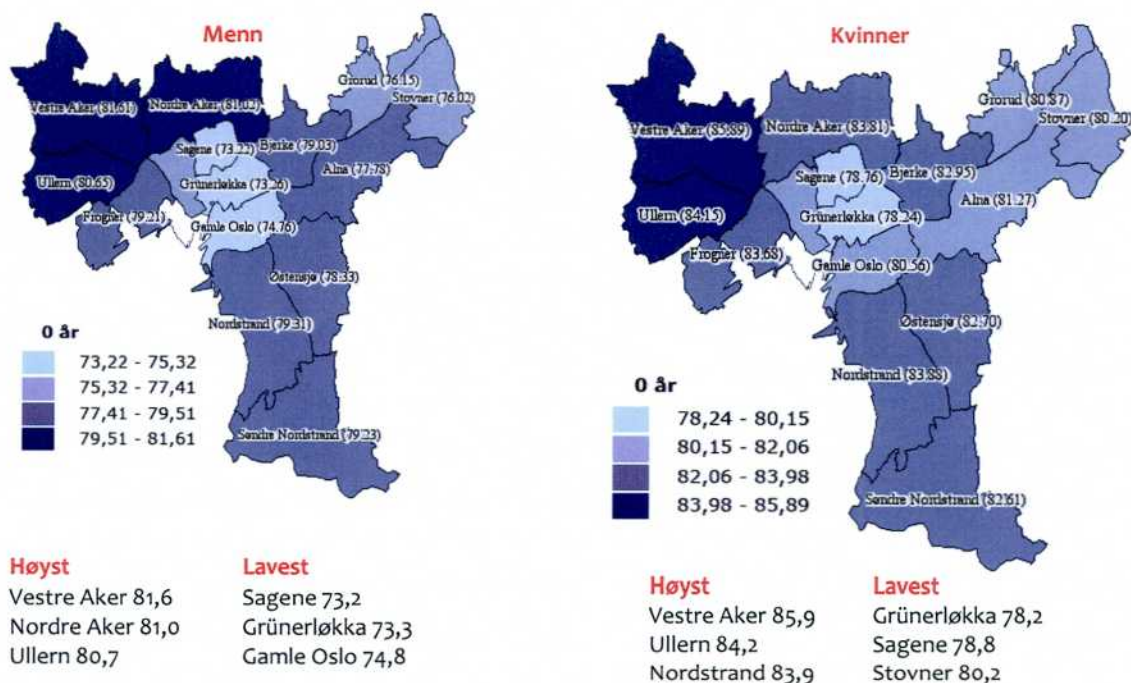
⁴⁴ Oslo kommune, Plan- og bygningsetaten (2009). [Kommunedelplan for torg og møteplasser](#)

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 \(2009-2012\)](#)

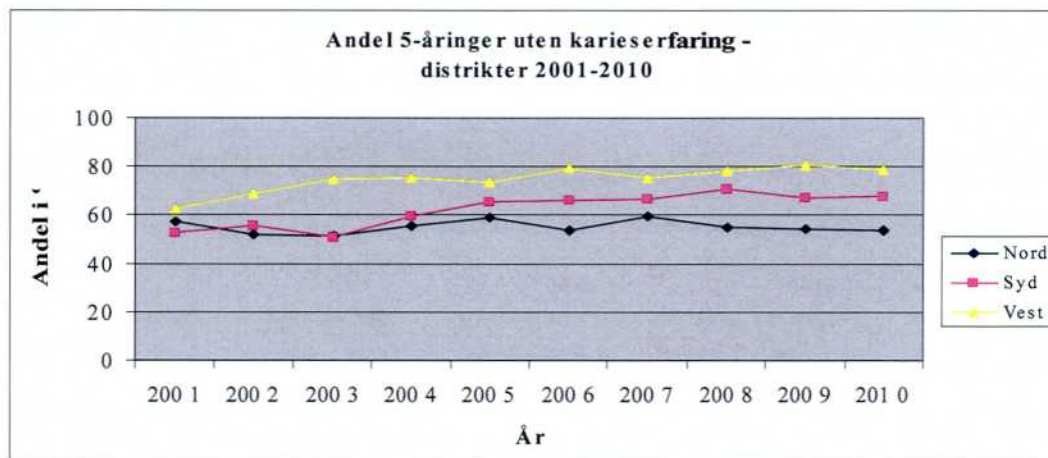
⁴⁷ Publikumsundersøkelsen, 2010

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.

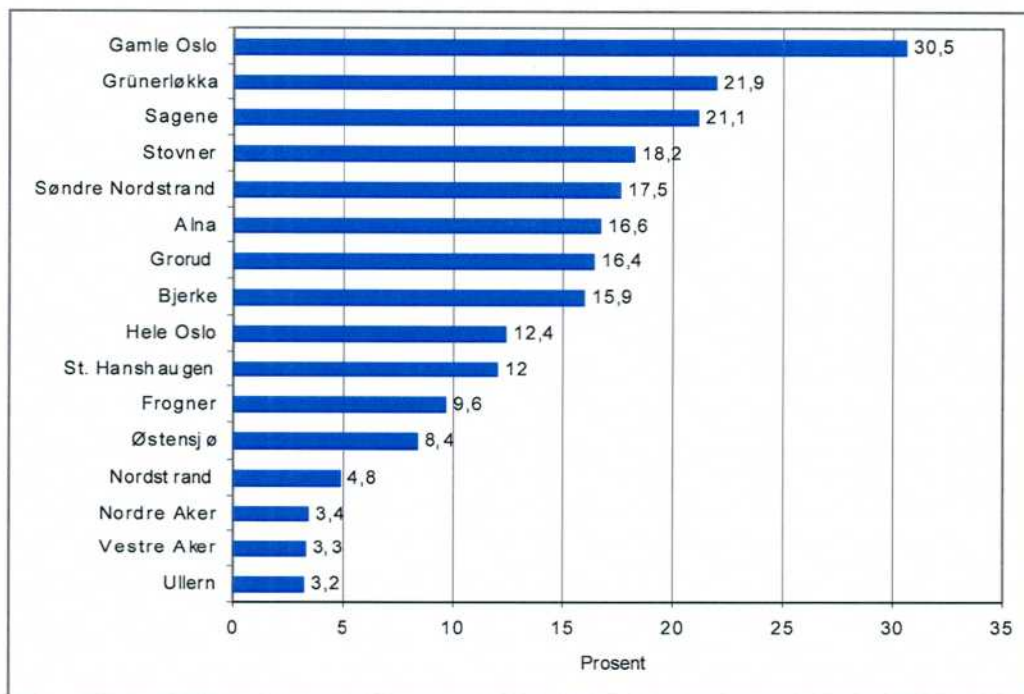


Figur 6 Andel 5-åringer uten karieserfaring i ulike byområder i Oslo ⁵⁰

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 (0-17 år) 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.

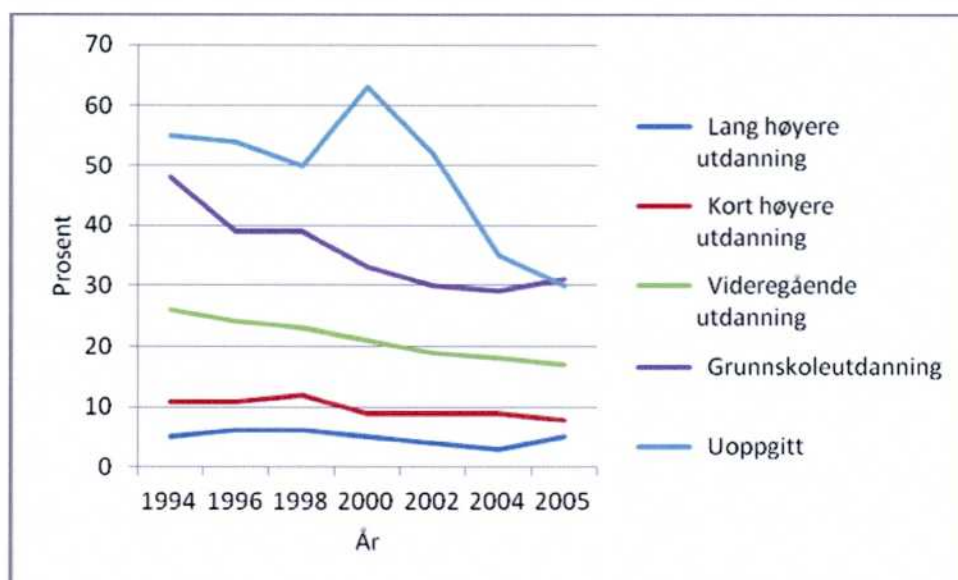
Helse og utdanning er viktige påvirkningsfaktorer for fattigdom. Konsekvensene av å vokse opp i fattige familier er blant annet dårlige boligforhold og liten sosial deltakelse i ferie- og fritidsaktiviteter. Figur 7 støtter opp om bildet av sosial ulikhet i helse og levekår mellom bydelene.

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 litesstøtte 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 folkehelseplan 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

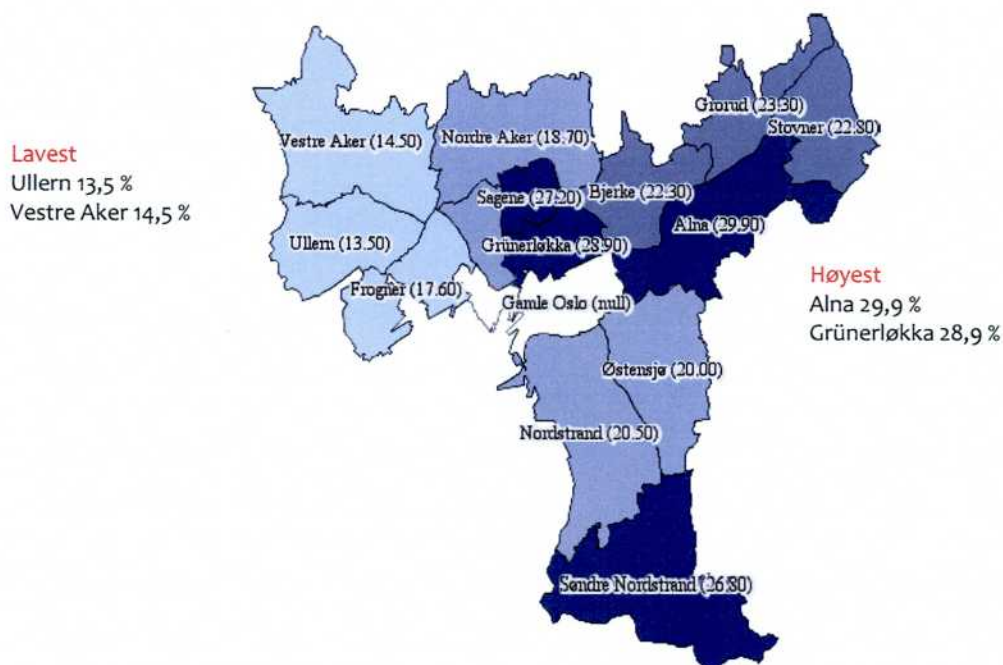
Tall fra 2004 viser betydelige forskjeller i forekomst av overvekt blant 3. og 7. - klassinger i Oslo, se figur 9. Det mangler foreløpig tall som viser utviklingen videre. De siste Oslotallene, fra en utvalgsundersøkelse gjennomført av Folkehelseinstituttet, viser en økning av overvekt blant tredjeklassinger 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



Figur 9 Andel barn (3. og 7. klassinger) med overvekt på bydelsnivå i Oslo⁶³ (Bydel Gamle Oslo deltok ikke i undersøkelsen)

Ved å implementere nasjonale, faglige retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten har Oslo kommune en mulighet for å systematisk følge opp barn og unges vekt og høyde.⁶⁴ Måling av høyde og vekt gir verdifull informasjon om barns og unges helse, vekst og trivsel. Slike målinger fanger opp data av betydning for individ og samfunn, og vil gi oppdatert kunnskap om undervekt og overvekt hos barn og unge.

Barn og unge vokser opp i et kroppsfokusert samfunn. Mange opplever at utseende og vekt har stor betydning for at de skal oppfattes som vellykkede og ha det bra med seg selv. Det er viktig å være bevisst på at barn og unge ikke må påføres usunne holdninger til mat og trening, samtidig som at dette fokuset ikke må hindre iverksetting av tiltak for å bekjempe utviklingen av overvekt og fedme.⁶⁵

Informasjon om kropp og seksualitet og lett tilgang til prevensjon etter 2002 har ført til en nedgang i antall tenåringsaborter. Dette sees i sammenheng med tilbud fra skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom. Abortraten i alderen 20 – 24 år er stabilt høy. Enkelte bydeler i Oslo har derfor valgt å utvide tilbudet om helsestasjon for ungdom til og med 25 år, også fordi de opplever stor pågang om samtaler og prevensjon for aldersgruppen 20 – 25 år.⁶⁶

Det er behov for mer kunnskap om hvordan barn og unge selv opplever forventninger til prestasjoner og utseende, og hvordan de takler og avreagerer når det er stor avstand mellom ideal og virkelighet.

⁶³ Helse- og velferdsetaten v/ utviklingssenteret HUS, [Sluttrapport for prosjektet: Skolebarns vekt i Oslo 2004](#)

⁶⁴ Helsedirektoratet (2010). Nasjonale faglige retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, IS-1736, Oslo

⁶⁵ Bakke, H. K. (2004). [Folkehelseproblem som krever samlet løft](#), Tidsskr Nor Lægeforen nr. 7;124

⁶⁶ Helsedirektoratet: Rundskriv 1- 3/2002, Folkehelseinstituttet – Rapport om svangerskapsavbrudd 2010

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

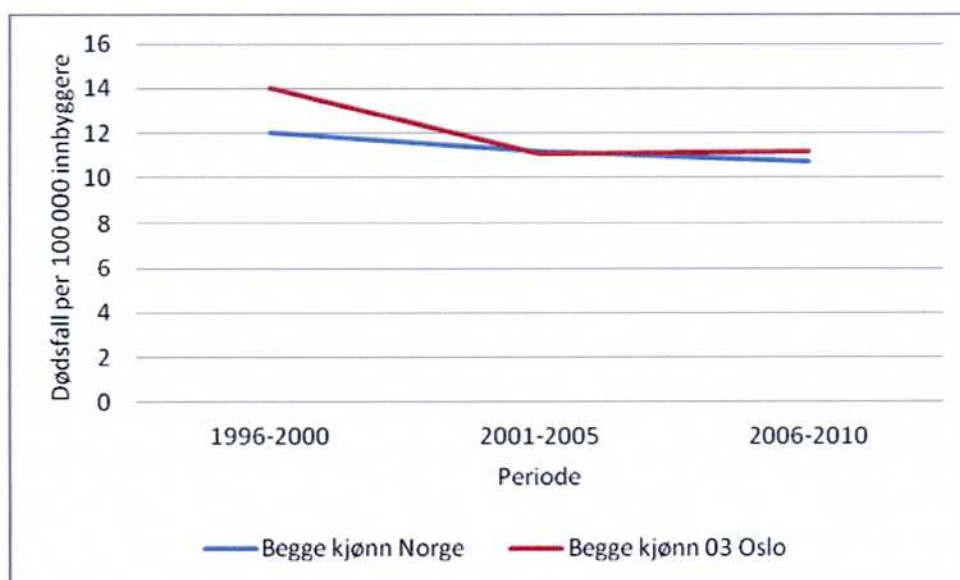
⁶⁹ Oslo kommune (Byrådssak 1/2011). Byrådssak om helsestasjons- og skolehelsetjenesten

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

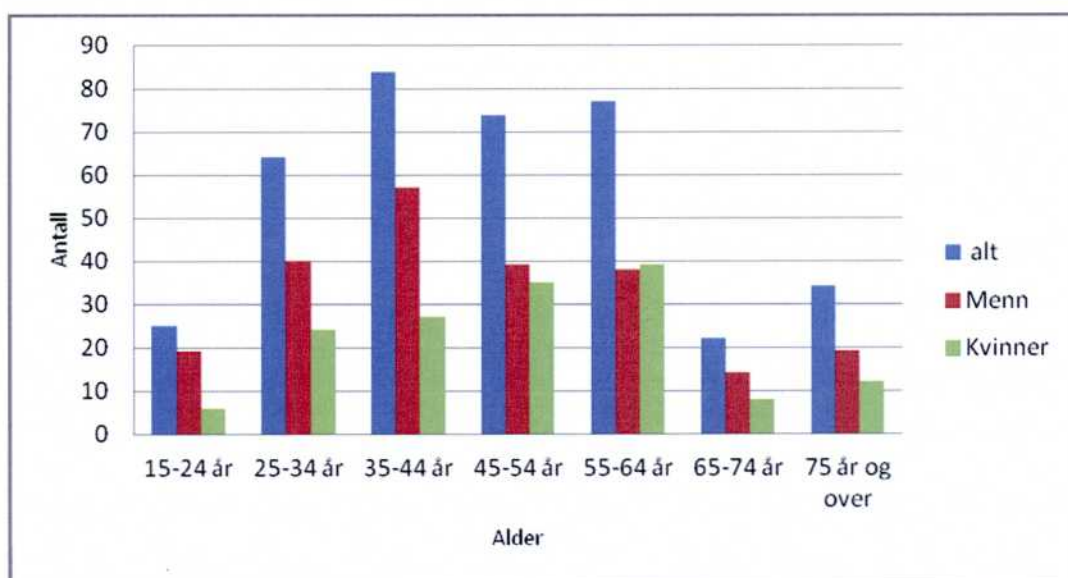
4.4.3 Selvmord i Oslo

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

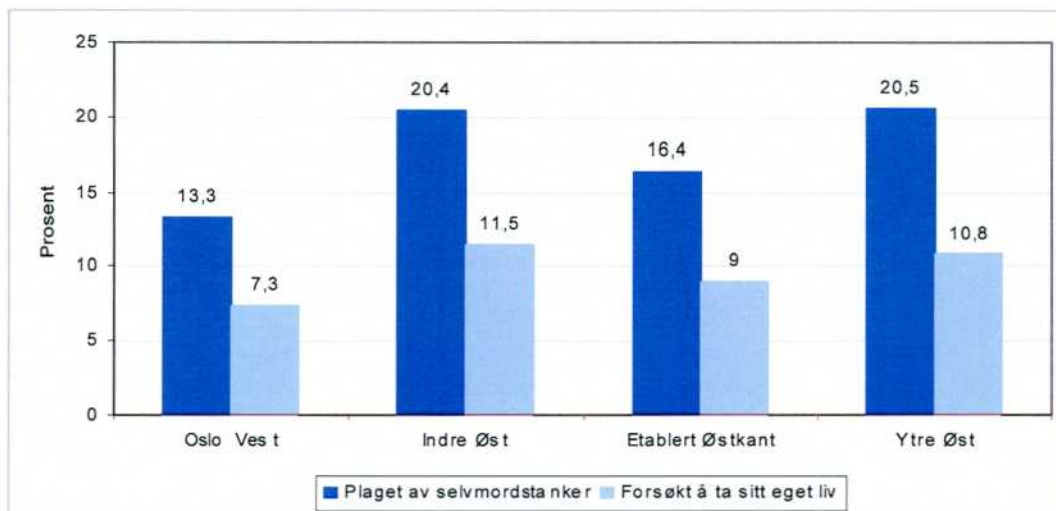
⁷¹ Statistisk sentralbyrå *ICD-10 koder X60-X84, Y87.0

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 selvmordtanker.⁷³ Som vist i figur 10 oppgav 20 % av ungdom i ytre og indre øst at de var plaget av selvmordtanker "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.

Selvmod 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 selvskading og selvmord og selvskading 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 selvskading. 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

Selvord 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 bydelenes 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 faresonene 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

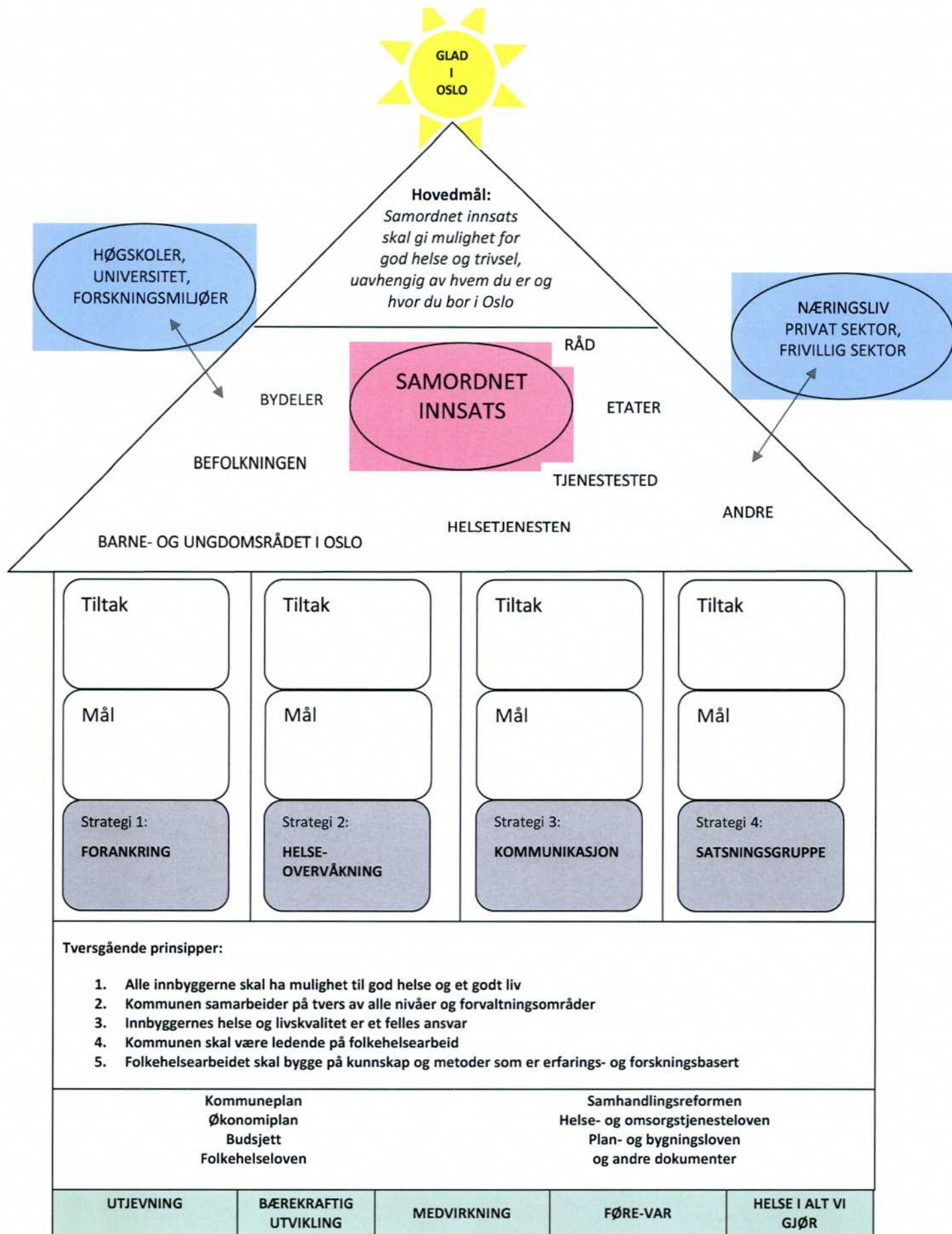
innbyggerne har likest mulige forutsetninger for et godt liv. Hvert individ har, ut fra sine muligheter, ansvar for egne valg og for å bistå til at andre får gode liv.

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.



Figur 13 Folkehelsehuset

5.3 Strategier, mål og tiltak

Strategi 1: Forankring

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

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 folkehelsesekretariat 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 3: Kommunikasjon

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

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.

Strategi 4: Satsningsgruppe

Satsningsgruppen er en vedvarende strategi for å konsentrere innsatsen på et prioritert område i folkehelsearbeidet. I perioden 2013 – 2016 er barn og unge 0 – 25 år prioritert som satsningsgruppe

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 selvskading 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".

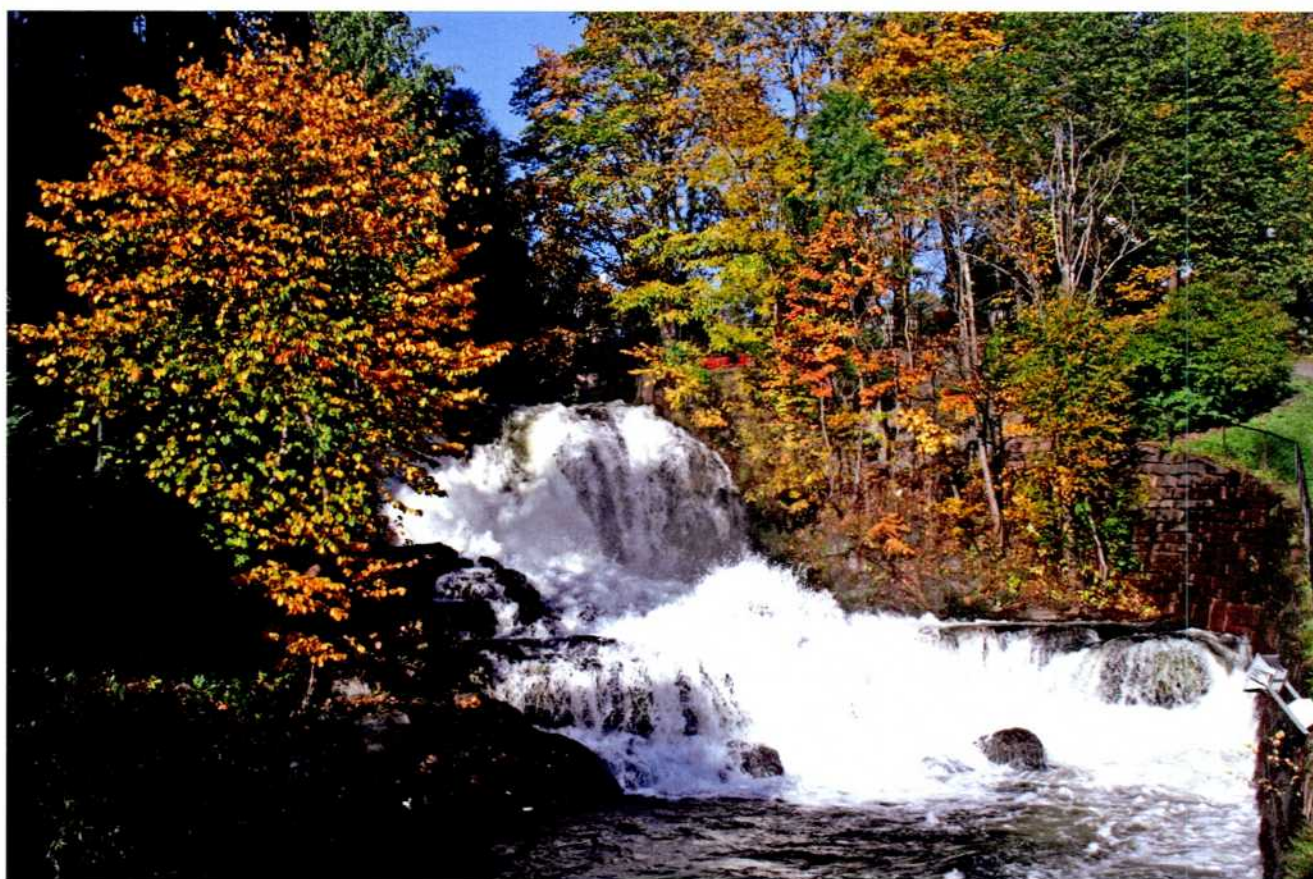
Figurliste

Figur 1 Planprosessen med henvisning til paragrafer i folkehelseloven.....	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



Oslo kommune
Bydel Sagene

Folkehelseplan Bydel Sagene 2011-2013



Akerselva

Forord

Livskvalitet

Livskvalitet er for den enkelte av bydelens innbyggere en individuell opplevelse. Bydelens ansatte må opptre med respekt og ydmykhet for den enkelte brukers valg av livsstil, men bruke sin faglige kunnskap til å motivere, informere og støtte i de valg av helseendring som er ønskelig og som kan gjøre livet lettere for den enkelte.

Oslo, Februar 2011

INNHOLDSFORTEGNELSE:

FORORD.....	2
1 INNLEDNING.....	4
1.1 BAKGRUNN.....	4
1.2 ORGANISERING AV PLANARBEIDET.....	4
1.3 OSLO KOMMUNE FOLKEHELSEPLAN.....	4
1.4 UTFORDRINGER I BYDEL SAGENE.....	5
1.5 POLITISK BEHANDLING OG PRIORITERING	5
2 SENTRALT INNSATSOMRÅDE: FYSISK AKTIVITET OG PLANLEGGING.....	7
2.1 FYSISK PLANLEGGING.....	7
2.1.1 PARKENE I BYDELEN.....	8
2.1.2 SAGENE BAD.....	8
2.2 FYSISK AKTIVITET.....	8
2.3 SAMARBEID IDRETT OG BYDEL.....	9
2.4 OVERSIKT OVER STEDER MED AKTIVITETSTILBUD.....	9
2.5 ANDRE AKTUELLE TILTAK.....	11
2.6 INFORMASJON WEBSIDER.....	11
3 SENTRALT INNSATSOMRÅDE: KOSTHOLD.....	11
3.1 TILTAK RETTET MOT BARN OG UNGE.....	12
3.2 TILTAK RETTET MOT ELDRE.....	12
3.3 TILTAK RETTET MOT ANDRE RISIKOGRUPPER.....	13
4 SENTRALT INNSATSOMRÅDE: PSYKOSOSIALE NÆRMILJØER.....	13
4.1 TILTAK RETTET MOT BARN, UNGE, FAMILIER.....	14
4.2 TILTAK RETTET MOT VOKSNE/ELDRE.....	16
4.3 ANDRE TILTAK.....	17
5 SENTRALT INNSATSOMRÅDE: TANNHELSE.....	18
5.1 TILTAK RETTET MOT BARN OG UNGE.....	18
5.2 TILTAK RETTET MOT RUSAVHENGIGE.....	19
5.3 TILTAK RETTET MOT ELDRE.....	19
6 SENTRALT INNSATSOMRÅDE: TOBAKKSFOREBYGGING.....	19
6.1 TILTAK RETTET MOT BARN OG UNGE.....	19
6.2 TILTAK RETTET MOT VOKSNE.....	20
7 SENTRALT INNSATSOMRÅDE: SKADEFOREBYGGING.....	20
8 SENTRALT INNSATSOMRÅDE: HELSEOVERVÅKING.....	21

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Planen tar utgangspunkt i Oslo kommunes folkehelseplan som ble vedtatt av bystyret 03.05.06, sak 160-Byrådssak 10 av 12.01.2006. Den sentrale planen gir klare føringer til bydelene om hvilke områder som skal prioriteres i perioden.

I St. meld. nr. 16 (2002–2003) *Resept for et sunnere Norge* (Folkehelsemeldingen) varslet regjeringen «en langsiktig satsing på flere fronter for å redusere ulikhetene. Hensynet til helseulikheter skal sterkere inn ved planlegging av tiltak, bl.a. de som retter seg mot endring av livsstil. Det skal utarbeides en egen handlingsplan for å redusere sosial ulikhet i helse.»

I kommunehelsetjenesteloven §§1-3 og 1-4 følger at folkehelsearbeid er et kommunalt ansvar.

1.2 Organisering av planarbeidet

Det ble opprettet en arbeidsgruppe bestående av representanter fra avdeling for barn og unge, helse og sosial og kultur og nærmiljø samt seniorsenter. Overordnet forankringsgruppe har vært bydelsoverlege, barne- og ungdomssjef og helse- og sosialsjef. Planen følger Oslo kommunes overordnede plan og har 7 innsatsområder med tilhørende beskrivelse av mål, tiltak og ansvarlig person/ avdeling for hvert område.

Bydelen har allerede mange tiltak innenfor alle de innsatsområder som planen tar opp, og det legges vekt på å bekjentgjøre disse for befolkningen. Planen har derfor koblet på aktuelle linker, der dette finnes, slik at den enkelte som etterspør planen på nett kan koble seg videre til mer informasjon.

1.3 Oslo kommune folkehelseplan

Hovedmålet for Folkehelseplan for Oslo er å redusere helseforskjellene i Oslo gjennom å forbedre helsen til utsatte grupper. Folkehelseplanen for Oslo beskriver følgende områder som innsatsområder og mål for perioden 2005-2008, forlenget til 2012:

Fysisk aktivitet og planlegging

Mål: Andel fysisk aktive skal økes.

Kosthold

Mål: Kostholdet skal bedres, særlig blant utsatte grupper.

Psykososiale nærmiljøer

Mål: Sosiale nettverk i nærmiljøer skal styrkes og barn- og unges mestringsevne skal økes.

Tannhelse

Mål: Bedre tannhelse for utsatte grupper.

Tobakksforebygging

Mål: Helseforskjeller i Oslo skal reduseres gjennom en reduksjon i andelen som røyker i befolkningsgruppene med høyest tobakksforbruk.

Skadeforebygging

Delmål: Hoftebrudd blant eldre skal reduseres.

Helseovervåking

Delmål: Benytte helsekonsekvensutredninger som et sentralt virkemiddel for å redusere sosial ulikhet i helse.

Delmål: Økt bruk av helseundersøkelser.

1.4 Utfordringer i Bydel Sagene

Sagene er en bydel i Oslo indre øst, og har i mange år vært preget av en befolkning med lav utdanning, lav inntekt og høy dødelighet blant yngre beboere. Dette er nå i ferd med å endres, og i dag er Sagene en endringsbydel med både boligbygging på gamle industriområder og miljøpark langs Akerselva. Denne utviklingen har gjort Sagene til en mangfoldig bydel med Oslos høyeste befolkningstetthet, stor inn- og utflytting, stor variasjon i boligstandard og stor sosial spennvidde i befolkningen.

Bydelen har fortsatt den høyeste andelen kommunale boliger av Oslos bydeler, og dette gjenspeiler seg i en stor andel rusmisbrukere, stort behov for helsetjenester i yngre aldersgrupper og en stor barneverntjeneste. Bydel Sagene er engasjert i ulike tiltak og satsinger mot barnefattigdom. Andelen beboere i bydelen som er i behov av sosialhjelp er ca. 58 % høyere enn gjennomsnitt i Oslo. Kommunale boliger rommer også mange innvandrerfamilier som har et dårlig bomiljø for sine barn.

Sosiale ulikheter i helse er godt dokumentert både nasjonalt og internasjonalt. Med uttrykket ”sosial ulikhet i helse” siktes det til systematiske forskjeller i helsetilstand hos befolkningen, som følge av sosiale og økonomiske kategorier, særlig yrke, utdanning og inntekt. Arbeid med sosial ulikhet i helse handler om å bidra til at alle sosiale lag skal kunne oppnå samme levealder og ha like god helse. Det viktigste virkemiddel for å utjevne sosiale ulikheter i helse er å redusere forskjeller i sosioøkonomisk status blant beboerne. Tidlig innsats og tiltak mot barnefattigdom er viktig i denne sammenheng.

I den nye samhandlingsreformen som nå kommer, kreves det at kommunale tjenester vektlegger forebygging i langt større grad enn i dag. Bydelen vil samarbeide med sektorsykehuset, Lovisenberg, som har tilbud til pasientene når det gjelder kosthold, diabetesforebygging, fysisk aktivitet og rykeslutt.

Bydelen må arbeide kontinuerlig med forskjellige tiltak for å redusere ulikhet, blant annet ved å bedre koordineringen av de ulike tjenestene og bedre informasjonsflyten om allerede eksisterende tilbud, for på den måten å forsøke å bedre folkehelsen. I planen har vi primært begrenset oss til helsefremmende og forebyggende tiltak i tråd med Oslo kommunes folkehelseplan.

1.5 Politisk behandling og prioritering

Folkehelseplanen har vært behandlet politisk i komiteer, råd og bydelsutvalg. Bydelsutvalget fattet følgende vedtak om at det spesielt rettes søkelys mot tre områder i folkehelseplanen:

i) Eldre

For mange av våre innbyggere oppstår omsorgsbehovet tidligere enn i andre bydeler. For vår bydel er det derfor viktig at gode forebyggende tiltak settes inn tidlig for å styrke eldres evne til å mestre egen helsesituasjon og for å legge grunnlag for å bevare livskvalitet inn i seinere år. Vi må erkjenne at

omsorg er et felles ansvar, og må innebære samhandling i vid forstand: Mellom aktører i det lokale omsorgsapparatet og primærhelsetjenesten, frivillige organisasjoner og den enkeltes nære nettverk i familie og nabolag. Målsetningen må være at hver enkelt skal kunne bli boende i sine egne hjem så lenge de ønsker. Bydelsutvalget vil trekke fram følgende satsningsområder ut over god kvalitet på våre hjemmetjenester og nok sykehjemsplasser som våre satsningsområder:

- Ernæring er grunnlaget for en god helse og derfor må samarbeidet om ernæring med Sagene og Torshov Seniorsenter og Sagene Frivillighetssentral utvides. Bydelen må også søke samarbeid med andre frivillige organisasjoner på dette området.
- Møteplasser. Eldre trenger på samme måte som alle andre stimuli. Møteplasser er derfor viktig for eldres psykiske helse. Møteplassene må fylles med opplevelser som læring og kultur. Bydelen må gjennom samarbeid med frivillige og profesjonelle organisasjoner sørge for at våre eldres psykiske helse tas vare på.
- Tannhelse. Dårlige tenner skaper ikke bare problemer med ernæring men kan også bidra til sosial isolasjon. Bydelen må gjennom sine hjemmetjenester være spesielt oppmerksom på tannhelseproblemer hos våre eldre og det må gis god informasjon om støtteordninger. Bydelen bør også vurdere om tannhelse skal inngå som en del av Sagene Lokalmedisinske senter.

ii) Sosiale ulikheter

Vi bor i en bydel der den gjennomsnittlige levealderen er betydelig lavere enn i andre deler av byen. Bakgrunnen for dette er variert og sammensatt, men henger sammen med hardt fysisk arbeid og rus og psykiatri. Bydelsutvalget mener at de sosiale ulikhetene er den viktigste utfordringen for det forebyggende helsearbeidet i bydelen. Bydelsutvalget viser til vellykkede prosjekter som bomiljøprosjektet i Drøbaksgata 1, boligoppfølgingen i Nordkappgata og Sagene Lokalmedisinske senter. Utover gode helsetilbud til bydelens befolkning vil Bydelsutvalget trekke fram følgende som våre satsningsområder:

- Bomiljø. En bedring i boforholdene er en viktig oppgave i det forebyggende helsearbeidet. Bydelsutvalget mener at de gode erfaringene fra prosjektet i Drøbaksgata 1 må videreføres til andre kommunale gårder i bydelen. Bydelsutvalget mener også at bydelen trenger flere store kommunale familieleiligheter.
- Sagene Lokalmedisinske senter. Dette senteret vil ha en sentral plass i bydelens forebyggende helsearbeid og skal jobbe mot helseulikheter i bydelen. Bydelsutvalget mener senteret i stor utstrekning skal jobbe utadrettet og det må vurderes om andre typer helsearbeidere skal inkluderes i senteret.
- Nasjonal innsats. Sagene bydelen er en interessant arena i den nasjonale innsats overfor helseulikhet. Dette må bydelen utnytte og det vil gi oss muligheter som kan åpne for faglige og økonomiske ressurser.
- Utekontakter og ernæring. De fleste bydeler har utekontakter. Deres primære formål er å fange opp ungdom som ikke deltar i organiserte aktiviteter, og være et bindeledd mellom bydel, skole og foreldre. Utekontaktene får ofte tett kontakt med ungdommer og deres kunnskap om denne gruppa bør kunne brukes også til å jobbe for bedre ernæringsvaner

blant barn og ungdom. Bydelen bør samarbeide med utekontaktene for å få til gode matvaner hos ungdommen.

iii) Fysisk aktivitet

De fleste i Norge og i vår bydel er ikke nok fysisk aktive. Bydelsutvalget er bekymret for at fysisk aktivitet ser ut til å følge sosioøkonomiske skillelinjer. De tilbud som gis i dag ser ut til å nå de med høyest sosioøkonomisk status. Bydelsutvalget er bekymret som at barn som vokser opp i fattigdom er lite fysisk aktive. Bydelsutvalget slutter seg til at det er et behov for et kommunalt tilbud og at bydelen legger til rette også for uorganisert fysisk aktivitet. Målsetningen må være at flere skal bli mer fysisk aktive. Gjennom dette skal det komme en reduksjon av sykdom relatert til lite fysisk aktivitet og av fedme. Utover fortsatt høy økonomisk støttet til idrettslag og vedlikehold og nybygging av anlegg vil Bydelsutvalget trekke fram følgende som våre satsningsområder:

- Uorganisert idrett. Det må være lett å være fysisk aktiv. Derfor må bydelen og Oslo kommune også legge til rette for uorganisert idrett. Ballplasser, badeplass ved Akerselva, trimapparater, skøyteis og skiløyper i våre parker er eksempler på dette.
- Sagene bad. Sagene bad må straks gjenåpnes. Dette vil ha en positiv innvirkning på fysisk aktivitet i bydelen både for unge og eldre. Dette vil også gi en styrket svømmeopplæring.
- Samarbeid med idretten. Bydelen må inngå forpliktende samarbeid med idrettsbevegelsen. Sammen med idretten må bydelen sørge for at deltagelse i idrett for alle blir en realitet. Utlån av sportsutstyr må også komme på plass.
- Det opprettes inngjerdede hundeluftegårder i bydelen.

2 Sentralt innsatsområde: Fysisk aktivitet og fysisk planlegging

Mål: Andel fysisk aktive skal økes.

I Norge er fire av fem voksne ikke tilstrekkelig fysisk aktive for å oppnå helseeffekter, i følge Helsedirektoratets kartlegging av fysisk aktivitet for voksne, 2009.

Hjerte- og karsykdommer og kreftsykdommer er de to vanligste dødsårsaker i landet, og sentrale risikofaktorer for disse sykdommene er blant annet fysisk inaktivitet, tobakksbruk og usunt kosthold. Ofte er det slik at tilbud for fysisk aktivitet når dem som allerede er fysisk aktive, og at dem med høy sosioøkonomisk status benytter seg av etablerte tilbud. Det er derfor behov for kommunale tilbud som når dem som trenger det aller mest.

Bydelen har mange muligheter til fysisk aktivitet innenfor egne grenser, og planer og etablerte tilbud for fysisk aktivitet beskrives nedenfor.

2.1 Fysisk planlegging

Med midler fra Direktoratet for naturforvaltning fikk bydelen mulighet til å foreta en evaluering av tilgjengeligheten til våre 21 parker og grøntområder. Handikappforbundet gjennomførte kartleggingen og evalueringen. På bakgrunn av denne evalueringen har bydelen utarbeidet en rapport av områder som har behov for forbedringer for å tilfredsstille kravene til universell utforming.

2.1.1 Parkene i bydelen

Nedenfor følger en gjennomgang av bydelens parker i forhold til planer for parkene og oppgradering.

Lilleborgbanen:

Lilleborgparken ble i 2010 rehabilitert. En omfattende oppgradering er gjennomført som legger til rette for utstrakt bruk av området til uorganisert idrett og aktivitet. F. eks styrketreningsapparater, bordtennisbord, nettoppbaner for ballspill for de minste barna, klatresøyle, basket og fotball ved siden av to sandvolleybaner. Øverst på anlegget er det anlagt en minigolfbane.

Torshovparken:

I Torshovparken er det opparbeidet en stor lekeplass for barn, med flere apparater som legger til rette for fysisk utfoldelse og mestring, samt ulike former for ballspill som for eksempel pentanque.

Bjølsenparken:

Bydelen vil arbeide for en rehabilitering og oppgradering av Bjølsenbanen.

En slik oppgradering forutsetter ekstern finansiering og bydelen vil søke slike midler.

Ildalen:

I 2004 la Vann og avløpsetaten planer for å hente Ila – bekken opp i dagen.

Dette vil være et viktig bidrag til helse og trivsel, og gi gode leke- og aktivitetsmuligheter for barn.

Bydelen vil være en pådriver i forhold til åpning av Ila – bekken.

Voldsløkka idrettspark:

Planene for utviklingen av Voldsløkka Idrettspark inneholder bygging av egen Skatehall, ny kunstisflate for bandy og kunstgress for landhockey, klubbhus for Sagene I.F, ny matchbane for Skeid/Sagene og en ny trippelhall, ved siden av opparbeidelse av Grønn rute – sykkel og turvei gjennom området.

Tiltak: Bydelen vil øke grad av universell utforming av bydelens parker, torg og møteplasser.

Ansvarlig: Kultur og nærmiljøavdeling.

2.1.2 Sagene Bad

Bydelsutvalget har vedtatt at bydelen skal søke å ha en aktiv rolle i forhold til gjenåpning av Sagene bad.

Delmål: Gjenåpning av Sagene bad.

Ansvarlig: Kultur og nærmiljøavdeling.

2.2 Fysisk aktivitet

For å øke andel fysisk aktive har bydelen følgende tilbud:

Trimtilbud i bydelens parker:

Det finnes allerede flere trimtilbud i bydelens parker i sommerhalvåret. Disse driftes i det vesentligste av frivillige lag, i samarbeid med bydelen. Frivillige grupper får disponere parkområder vederlagsfritt til slike aktiviteter, mens mer kommersielt rettet kurs/aktivitet leier plass.

Eksempler på eksisterende aktivitetstilbud:

- Minigolf på Lilleborgbanen.
- Sirkuslandsby i Torshovparken, med blant annet gratis introduksjonskurs for barn og ungdom.
- Ukentlig ringdans i paviljongen i Torshovparken.
- Petanqueturneringer på grusbanen i Torshovparken.
- Hopp og lek på Gråbeinsletta.
- Fargerik fotball – uorganiserte lag på Voldsløkka.
- Sagene Cup for organiserte lag 12 – 13 år på Voldsløkka.
- Fotball for alle – på Muselunden.
- Velkommen til fotball – Muselunden og Nordre Åsen.
- Tai chi – oppvisning på Gråbeinsletta.
- Åpen idrettsdag for barn og unge på Voldsløkka.
- Qigong i Bjølsenparken for 60 +.
- Iladalens venner arrangerer Olabil – løp og skirenn i parken.

Tiltak: Bydelen vil være pådriver for å bedre den fysiske tilrettelegging for et bredt spekter av aktiviteter i bydelens største parker, i samarbeid med kommunale institusjoner og nærmiljøene.

Ansvarlig: Kultur og nærmiljøavdeling.

2.3 Samarbeid idrett og bydel

Idrettens samarbeidsutvalg (ISU) i Bydel Sagene organiserer tilbud og aktiviteter for ca. 2000 barn og unge i alderen 6 – 19 år. Selv om noen av disse rekrutteres utenfor bydelen og aktivitetene finner sted i nabobydelene, har idrettslagene i bydelen stor innvirkning på barn og unges fysiske helse i vårt område. De største idrettslag i bydelen driver gode idrettsskoler for de yngste som et åpent tilbud (ikke medlemsplikt).

En hovedutfordring for lagene i bydelen, ved siden av anleggssituasjonen, er å redusere frafallet av aktive medlemmer oppover i ungdomsalderen.

Tiltak: Utfordre ISU til å drive mer målrettet aktivitet for vanskeligstilte barn og unge. Integrere handicapidretten i sine aktiviteter.

Ansvarlig: Kultur- og nærmiljøavdeling.

Tiltak: Sammen med idrettslag og andre kommunale eller frivillige organisasjoner videreutvikle trimtilbudene i de lokale parkene.

Ansvarlig: Kultur- og nærmiljøavdeling.

2.4 Oversikt over steder med ulike fysiske aktivitetstilbud

2.4.1 Elvelangs Akerselva

Ved høstjevndøgn tennes flere tusen fakler langs Akerselva, og turveibelysningen slukkes. Man kan oppleve stemningsfull natur og mengder av spennende kunstneriske innslag langs hele Akerselva. Elvelangs ble arrangert for 10. gang i 2010, og er Norges største turmarsj. Elvelangs er et viktig bidrag i et folkehelseperspektiv, da det gjør dette unike området kjent for bydelens befolkning, som et turområdet som kan benyttes hele året. Elvelangs arrangeres av bydelene langs Akerselva.

Tiltak: Elvelangs ønskes videreført i årene fremover.

Ansvarlig: Kultur og nærmiljøavdeling

Link: <http://www.aktivioslo.no/elvelangs-2010-program.php>

2.4.2 Sagene samfunnshus

- Faste dansekvalder for eldre.
- Trim og turer for innvandrerkvinner med/uten barn.
- Sagene Qigong 60 +.

Link: http://www.bydel-sagene.oslo.kommune.no/hovedside/kultur_og_narmiljo/kultur_og_fritid/

2.4.3 Skeidhuset

- Skeid IF 60+ turgrupper.

Link: <http://www.skeid.no/>

2.4.4 Bjølsenhallen

- Bjølsen 60+ bordtennis og turer.

Link: <http://www.idrettsetaten.oslo.kommune.no/idrettshaller/article135437-40730.html>

2.4.5 Sagene-Torshov seniorsenter

- Fast trimgruppe med fysioterapeut.

Link: <http://www.bydel-sagene.oslo.kommune.no/eldre/dagtilbud/article154284-3122.html>

2.4.6 Sagene NAV/Kvalifiseringsenheten

- Enkel dametrening
- Treningsgruppe for menn
- Følgetjeneste til "Helseforum for kvinner"

Tiltak: Videreføre og videreutvikle tilbudene i planperioden.

Ansvarlig: Sagene Utviklingssenteret /Helse og arbeid.

2.4.7 Rehabiliteringstjenesten

- Bevegelsesgruppe for innvandrerkvinner med minoritetsbakgrunn (Rehabiliteringssenteret).
- Følging til Aktiv på dagtid en dag pr. uke (Vilje Viser Vei).
- Deltakelse på Gaustadløpet turmarsj, skifestival på Geilo, Sommerleir på Tromøya. (psykiatriske helsearbeidere og Vøyensvingen aktivitetssenter)
- Turgruppe en gang pr. uke med et kulturelt mål (Vøyensvingen aktivitetssenter).
- Morgentrim og turer i nærmiljøet to dager pr. uke (Maridalsveien bofellesskap).

Tiltak: Videreføre og videreutvikle tilbudene i planperioden.

Ansvarlig: Leder Rehabiliteringssenteret.

2.4.8 Barne og ungdomstjenesten

- Fokus på fysisk aktivitet i barnehager og ungdomstiltakene.
- Fokus på og tilrettelegging for allsidig aktivitet inne og ute.

2.5 Andre aktuelle tiltak (ikke i regi av bydelen):

- Basseng/friluftsbad, Link: <http://www.friluftsetaten.oslo.kommune.no/badeinfo/>
- Turistforeningen, Link: <http://www.turistforeningen.no/>
- Skiforeningen, Link: <http://www.skiforeningen.no/>

2.5.1 Aktiv på dagtid:

Gjelder alle mellom 18 og 65 år som er bosatt i Oslo, som står helt eller delvis utenfor arbeidslivet og mottar en av følgende ytelser:

- Sykepenger
- Arbeidsavklaringspenger (AAP)
- Uføreytelse
- Overgangsstønad
- Dagpenger
- Økonomisk sosialstøtte

Link: <http://www.idrett.no/krets/oslo/Sider/default.aspx>

2.5.2 Helseforum for kvinner:

Helseforum for kvinner er en uavhengig organisasjon som arbeider for å bedre kvinners helse for å øke forutsetningene for selvhjelp, arbeidsførhet og deltakelse i samfunnet forøvrig. Helseforum for kvinner driver et helsekvalifiseringssenter med råd og veiledning innen kosthold og aktiviteter. Medlemmene kan ha samtale med ansatte om helse, mat, trening, livssituasjon m.m. Alle ansatte har taushetsplikt.

Link: <http://www.helseforumforkvinner.no/>

2.6 Informasjon websider

Det eksisterer allerede svært mange tilbud for fysisk aktivitet i bydelen, både organisert og uorganisert. Ved å gjøre informasjonen lett tilgjengelig bidrar det til at alle kan finne noe som passer for dem.

Tiltak: Etablere en lett tilgjengelig oversikt over bydelens aktivitetstilbud på bydelens hjemmeside.

Ansvarlig: Informasjonssjef i bydelen.

3 Sentralt innsatsområde: Kosthold

Mål: Kostholdet skal bedres, særlig blant utsatte grupper.

Sunt og godt kosthold har alltid vært viktig i et folkehelseperspektiv, og kunnskap om kosthold må være et naturlig tema i alle foreldres oppdragerolle for sine barn.

Dårlig kosthold og sykdom henger tett sammen, og diabetes, hjertekarsykdommer og overvekt er et økende problem i befolkningen, og innvandrerkvinner er en spesielt utsatt gruppe. Samtidig ser vi at stadig flere barn og unge blir overvektige. Å endre kostholdsvaner er en prosess som må gå over tid, og den enkelte som deltar i kostholdskurs eller får veiledning må ha oppfølging over lang tid.

3.1 Tiltak rettet mot barn og unge

3.1.1 Barnehager

- Arbeide for implementering av statlige retningslinjer for kost i barnehager. Ved helsekonsulentens tilsyn i barnehager er dette et tema. Ytterligere skoling av personell er viktig ved for eksempel deltakelse i Fiskesprell prosjekt. Hittil har 8 barnehager deltatt.
- Oppfordre til å bli MER-barnehage. Kampanje fra Opplysningskontoret for Frukt og Grønt. Får gratis materiell og inspirasjon til å servere mer frukt og grønt i barnehagene.

Tiltak: Videreføre opplysningsarbeidet om riktig kosthold til barn.

Ansvarlig: Helsekonsulent.

3.1.2 Helsestasjon

- Helsestasjonen gir råd, veiledning og undervisning i tråd med statlige anbefalinger for ernæring hos barn og unge.

Tiltak: Videreføre opplysningsarbeidet.

Ansvarlig: Leder for helsestasjon.

3.1.3 Skoler

- Arbeide for å implementere retningslinjer for skolemåltidet i grunnskolene og videregående skoler utgitt av Helsedirektoratet.

Tiltak: Ved tilsyn på skolene skal dette alltid være et tema.

Ansvarlig: Helsekonsulent.

3.2 Tiltak rettet mot eldre

3.2.1 Sagene-Torshovseniorsenter

- Senteret har middagstilbud til sine brukere i kafeteriaen fem dager i uka. I tillegg leveres mat hjem til dem som har behov for det. Beboerne i den tidligere trygdeboligen i Sandakerveien 61 har også tilbud om å få mat på døra i helgene.

Tiltak: Videreføre dette tilbudet og ha fokus på sunne og ernæringsrike retter.

- Seniorsenteret leverer frokost og kveldsmat til beboere i Sandakerveien 61 i samarbeid med hjemmetjenesten.

Tiltak: Seniorsenteret vil videreføre og utvide dette tilbudet.

- Prosjekt "Gamle skinn trenger mye smørning" har som mål å aktivisere enslige menn i bydelen. Prosjektet har blant annet fokus på kosthold og arrangerer frokost- og middagssammenkomster.

Tiltak: Videreføre prosjektet.

Ansvarlig: Leder Sagene-Torshov seniorsenter.

3.2.2 Hjemmetjenesten

- Bydelen har et pågående prosjekt om ernæringsstatus for personer med demens i samarbeid med Høgskolen. Man skal kartlegge kroppsmasse index (KMI) hos mennesker med kognitiv

svikt. KMI bygger på nasjonale retningslinjer og viser balansen mellom høyde og vekt, og gir indikasjon på over/undervekt.

Tiltak: Prosjektet skal videreføres og implementeres i den ordinære hjemmetjenesten.

Ansvarlig: Leder for hjemmetjenesten.

3.3 Tiltak rettet mot andre risikogrupper

3.3.1 Nav Sagene/Utviklingssenteret

- Gruppeundervisning om ernæring/helse av ernæringsfysiolog.
- Dialogseminar for innvandrergupper: ernæring og kosthold er tema i høsten 2010.

Tiltak: Tiltakene videreføres i planperioden.

Ansvarlig: Leder for Utviklingssenteret.

- Bydelen har mange beboere som både har dårlig økonomi og dårlig kunnskap om enkel og billig matlaging.

Tiltak: Egen ukentlig spalte på Intranett /Østkantavisa om sunn og billig mat” hvor ernæringsfysiologen skriver hvordan man kan lage sunn mat med lite budsjett.

Ansvarlig: NAV Sagene/ Kvalifiseringsenheten.

3.3.2 Rehabiliteringstjenesten/Vøyensvingen aktivitetssenter

- Middagstilbud mandager og onsdager.

Tiltak: Tilbudet videreføres i planperioden.

Tiltak: Vøyensvingen aktivitetssenter starter opp matlagingskurs (billig og ernæringsrikt).

Ansvarlig: Leder rehabiliteringstjenesten.

4 Sentralt innsatsområde: Psykososiale nærmiljøer

Mål: Sosiale nettverk i nærmiljøer skal styrkes og barn og unges mestringsevne skal økes.

Bydelens mangfold preges av både gode og dårlige nettverk. De kommunale boligene er ofte bebodd med enslige mennesker med ulike problemer, som gjør at fellesskap/godt naboskap ikke er enkelt å etablere. Det betyr at en del godt voksne mennesker, eldre og barn i utsatte familier, kan oppleve ensomhet og isolasjon. Det viktigste forebyggende element for å skape sosiale nettverk, er etablering av vennskap i barne- og ungdomsår. Men for de som ikke har nettverk, finnes mange alternative tilbud i bydelen.

Det vises også til egen Handlingsplan for barn og unge i vanskelige livssituasjoner utarbeidet og behandlet i Bydelsutvalget i 2010.

4.1 Tiltak rettet mot barn, unge og familier

4.1.1 Nav Sagene/Boligkontoret

- Bomiljøprosjekt i Drøbakgt.1. bygger på samarbeid mellom beboere, Boligbygg, bydelens tjenesteapparat og frivillige organisasjoner. Det er hovedsakelig lagt vekt på barn og unges oppvekstvilkår i en gård og et bomiljø med mange store barnefamilier. Det er igangsatt mange sosiale tiltak for både barn og voksne. Avsluttes nyttår 2011.
- Bomiljøkonsulent har kontor i gården.

Tiltak: Klubbtilbudet til ungdom med innvandrere bakgrunn i alder 8 – 14 år ved sommer, jul og påskeferier skal videreføres i planperioden.

Tiltak: Videreføre møtested for somalisk foreldregruppe en gang i måneden, hvor foreldre treffer representanter fra bl.a skole og barnehage.

Ansvarlig: Nav Sagene/Boligkontoret.

4.1.2 Familiens hus

- Familiens hus er et tverrfaglig kommunalt tilbud som skal ivareta psykisk og fysisk helse hos barn, unge og deres familier. Målsettingen er et lavterskeltilbud hvor familiene skal møte en helhetlig og familiestøttende tjeneste. Sentrale tjenester er åpen barnehage, helsestasjon og barnevern, men inkluderer også samarbeidspartnere i og utenfor bydelen. Brukere av tiltak i regi av familiens hus er hovedsaklig barn i førskolealder og deres foreldre. Familiens hus er kontaktledd for Home start og foreldreveiledning.

Tiltak: Tiltaket i Vannvokterboligen som fokuserer på norskopplæring for førskolebarn, der foreldre også kan møte psykiatrisk sykepleier for råd og veiledning, skal videreføres og videreutvikles i planperioden.

Ansvarlig: Avd. sjef barn—og unge.

Tiltak: Tiltaket i Åsenhagen Åpen barnehage og familiegruppe som tilbyr samtale og veiledning til foreldre, videreføres i planperioden.

Ansvarlig: Avd. sjef barn- og unge.

4.1.3 Prosjekt Healthy Children in Healthy Families

- Bydelen deltar i et 3 årig EU- prosjekt med oppstart i august 2010. Hensikten er å stimulere barn, unge og deres foreldre til en helsefremmende livsstil. Samarbeid mellom offentlig og frivillig sektor er sentralt. Prosjektet ledes fra Universitetet i Lillebælt (Danmark) med samarbeid i 6 europeiske land. Høgskolen i Oslo er norsk partner sammen med Bydel Sagene.

Tiltak: Delta aktivt i prosjektet og dele erfaring til alle tjenestesteder som jobber med barn og unge.

Ansvarlig: Helsestasjonen.

4.1.4 Sommerklubb for barn og unge

- Sommeren 2010 opprettet bydelen et sommertilbud til barn og unge bosatt i kommunale gårder. Dette var nærmiljøbasert og ble organisert etter "åpen-dør" prinsippet. Det ble opprettet et dagtilbud i fire uker i sommerferien og målgruppen var barn i alderen 8-14 år. Tiltaket var et ledd i å jobbe forebyggende rundt barnefattigdom. Det ble servert et varmt

måltid hver dag, og det ble skrevet ”kontrakt” med barna som deltok, der de forpliktet seg til å høre på voksne, respektere hverandre m.m. Totalt ble det registrert 80 barn som brukere av sommerklubben og med et snitt på 26 barn/ungdom hver dag.

Aktiviteter de gjennomførte var:

- Museumsturer
- Ballspill
- Turer i nærmiljøet
- Svømming
- Bowling
- Innendørsaktiviteter som forming, film, spill etc.

Tiltak: Det er søkt om midler for å videreføre dette tilbudet.

Ansvarlig: Leder for ungdomstiltak.

4.1.5 Sommerjobb til ungdom

- Sommerklubben ble bemannet med ansatte fra bydelens ungdomstiltak samt ungdommer bosatt i bydelen som hadde dårligere forutsetninger for å skaffe seg sommerjobb enn andre ungdommer. Ungdommene fikk økt selvtillit og vokste med oppgavene. De opplevde at noen hadde bruk for dem, og at det var en ”ordentlig” jobb, hvor de fikk ansvar på linje de fast ansatte og en sluttattest. Det å gi utsatt ungdom mulighet for sommerjobb parallelt med å gi sommertilbud til yngre barn gav en heldig ”vinn-vinn” effekt.

Tiltak: Det er søkt om midler for å videreføre dette tilbudet.

Ansvarlig: Leder for ungdomstiltak.

4.1.6 UngMetro, Fredagsklubben

- Ungdomstiltakene ved Ung Metro driver klubb for ungdom og voksne utviklingshemmede fra hele Oslo. Dette tilbudet har i hovedsak brukere over 16 år. Hensikten er et godt fritidstilbud til ungdom og voksne med nedsatt funksjonsevne i og utenfor bydelen.

Tiltak: Videreføres i planperioden.

Ansvarlig: Leder for ungdomstiltak.

4.1.7 Somalisk kvinnegruppe

- Helsestasjonen har siden 2008 drevet informasjons- og holdningsarbeid for å få enkeltpersoner og grupper til å ta avstand fra kjønnslemlestelse. I bydelen er det etablert en gruppe somaliske kvinner som møtes regelmessig og de er et naturlig kontaktpunkt for helsestasjonen ved etablering av et gruppetiltak mot kjønnslemlestelse. Gruppen har en god dialog omkring kjønnslemlestelse, helserelaterte spørsmål og integrering. Tiltaket sees som en viktig arena for holdningsskapende arbeid. Helsesøster, foreldreveileder og psykiatrisk sykepleier har vært møteledere.

Temaområder:

- Kvinnehelse og kjønnslemlestelse
- Barns oppvekst
- Integrering
- Arbeidsliv

- Andre helserelaterte tema, f.eks ernæring, fysisk aktivitet, psykisk helse, belastningsskader.

Tiltak: Videreføre arbeidet og etablere nye rutiner som invitere nye somaliske kvinner til å delta.

Ansvarlig: Helsestasjonen.

4.1.8 Trikkestallen

- At Tickletoes (steppdans) – kurs flere ganger i uken for barn, ungdom og voksne.
- Piproductions (barneballett,hip-hop,jazzballett,foreldre/barnedans) – tilbud fra 3 år og oppover.
- Oslo Mensendick – bevegelse/fysioterapi. Mødre med små barn.

Tiltak: Videreføres i planperioden.

4.1.9 Sagene Samfunnshus

- Barnas kulturhelg. Familiearrangement
- Gratis verksted for barn på søndagene – fokus på barn fra de kommunale gårdene.

Tiltak: Videreføres av private i 2011.

4.1.10 Soria Moria

- Familiearrangementet – barnebistro med teater, sangstund og fortellerstund.

Tiltak: Videreføres av private i 2011.

4.1.11 Tilretteleggingstjenesten

- Utfører for barnevernstjenesten, ulike tiltak for barn og unge med behov for oppfølgingstiltak.

4.2 Tiltak rettet mot voksne/ eldre

4.2.1 Møtested for mennesker med psykiske lidelser.

- Bydelens lavterskeltilbud på Vøyensvingen aktivitetssenter er nettverksbyggende for gruppen mennesker med psykiske lidelser. Her er mange ulike aktiviteter, og det er mulig å kjøpe enkel mat noen dager i uken.

Tiltak: Videreføres i planperioden.

Ansvarlig: Leder for Rehabiliteringstjenesten.

- Treffstedet i Nordkappgata 23, er et lavterskeltilbud som har åpent hver tirsdag. Dette er et tiltak der beboerne selv kan kontakte booppfølgerne. Beboerne får hjelp og bistand til å lese brev/vedtak og lignende, samt skrive søknader, kontakte offentlige kontorer m.m.

Tiltak: Videreføres i planperioden.

Ansvarlig: Rehabiliteringstjenesten.

4.2.2 Nav Sagene/ sosialtjeneste

- Nav Sagene/sosialtjenestens tre ruskonsulenter arbeider aktivt for sine brukere for å hindre misbruk av rusmidler og de helsemessige og sosiale konsekvensene av rusmisbruk. Det viser til et økt behov for forebyggende arbeid.

Tiltak: Ved å kurse ansatte skal innsikt og kompetanse på forebyggende arbeid blant rusmisbrukere økes.

Ansvarlig: Nav Sagene/Sosialtjenesten.

4.2.3 Sagene-Torshov seniorsenter

- Senteret driver nettverksbyggende arbeid med mål om å forebygge isolasjon og ensomhet. Det legges til rette for økt mestringsfølelse blant eldre gjennom deltakelse i ulike aktiviteter på senteret, enten som bruker eller frivillig.

Tiltak: Videreføres i planperioden.

Ansvarlig: Leder ved Sagene-Torshov seniorsenter.

4.2.4 Frivillighetssentralen

- Frivillighetssentralen er en formidlingssentral for frivillige tjenester med fokus på erkjennelsen av at vi trenger hverandre og at alle har ressurser som kan komme andre til gode. Sentralen driver en liten nærmiljøkafé som er et viktig møtested for mange i bydelen.

Tiltak: Videreføres i planperioden.

Ansvarlig: Leder på frivillighetssentralen

4.2.5 Sagene Samfunnshus

- Et senter for bærekraftig utvikling og treffsted for frivillig aktivitet. Med bla. Yoga, eldredans og capoeira.

Tiltak: Videreføres i nyoppussete lokaler i planperioden.

Ansvarlig: Leder på Sagene samfunnshus.

4.2.6 Soria Moria

- Soria Moria er en sosial møteplass sentralt i bydelen.

Tiltak: Videreføres i privat regi.

4.2.7 Trikkestallen

- Trikkestallen har dukketeater og utleie til kulturarrangementer og aktiviteter.

Tiltak: Videreføres i 2011.

4.3 Andre tiltak

4.3.1 Sosio – kulturell aften

- Nettverksarrangement og takk for innsatsen arrangement fra bydelsforvaltningen til de frivillige lag og organisasjoner.

Tiltak: Årlig arrangement som videreføres i planperioden.

Ansvarlig: Kultur og nærmiljøavdelingen.

4.3.2 Kulturkalenderen

- Mailbasert informasjonsoversikt over aktiviteter i bydelen.

Link: <http://www.bydel-sagene.oslo.kommune.no/getfile.php/bydel%20sagene%20%28BSA%29/Internett%20%28BSA%29/Dokumenter/dokument/kultur/kulturkalender.pdf>

4.3.3 Ulike foreninger som er viktige for psykososiale nærmiljøer

- Landsforeningen for pårørende innen psykiatri Oslo www.lpposlo.no
- PIO-ressurssenter for psykisk helse www.piosenteret.no
- Funksjonshemmedes fellesorganisasjon www.ffa.no
- Aker lærings- og mestringssenter www.aus.no

5 Sentralt innsatsområde: Tannhelse

Mål: Bedre tannhelse for utsatte grupper.

God tannhelse er viktig både for å kunne innta riktig kosthold, ha en god selvtilit og mestre hverdagen blant andre i sosiale lag. Bydelens befolkningssammensetning indikerer utfordringer i forhold til tannhelse, både når det gjelder barn, rusmisbrukere, psykisk syke og eldre. Samtidig disponerer ikke bydelen egen offentlig tannhelsetjeneste til voksne da dette er et sentralt organisert tilbud.

Bydelens hjelpeapparat bør preges av samspill mellom personer med helsefaglig kompetanse på området og personer med annen bakgrunn og kompetanse. Dette vil være med på å bygge "broen" mellom helsehjelp og individets egenmestring når det gjelder god tannhelse.

5.1 Tiltak rettet mot barn og unge

- Helsestasjon driver forebyggende arbeid i følge Helsetilsynets anbefalinger for helsestasjons- og skolehelsetjenesten for å bedre barns tannhelse. Helsestasjonen har samarbeidsavtale mellom Tannhelsetjenesten Oslo KF og helsestasjon. Avtalen inkluderer årlig møte mellom tannpleier og helsestasjonens ansatte.

Tiltak: Videreføre arbeidet med tannhelseforebygging til barn og unge i planperioden.

Ansvarlig: Leder for helsestasjonen.

- Familiens hus/ Vannvokterboligen har samarbeid med Tannlegehøgskolen, som kommer og underviser ansatte om betydningen av god tannhelse.

Tiltak: Invitere andre av bydelens ansatte til disse samarbeidsmøtene.

Ansvarlig: Avdelingsleder for avd. barn og unge.

- Ved tilsyn i barnehagene deler helsekonsulent ut brosjyre om tannhelse og kosthold og informerer om tema ved tilsyn i barnehager.

Tiltak: Videreføre årlige besøk i barnehagene med informasjon om tannhelse og kosthold.

Ansvarlig: Helsekonsulent.

- Tannhelsetjenesten Oslo KF har gratis tilbud med regelmessig innkalling til barn/ unge frem til 18 år. Inntil man er 20 år betaler man 20% av summen. Se link:

Link: <http://www.tannhelsetjenesten.oslo.kommune.no/>

5.2 Tiltak rettet mot rusavhengige

- Tannhelsetilbud til rusmiddelavhengige i Oslo kommune får tilbud om offentlig finansierte tannhelsetjenester. Nærmere informasjon finnes på nettstedet:

Link: http://www.tannhelsetjenesten.oslo.kommune.no/vare_tjenester/rusmiddelavhengige/

Tiltak: Sosialtjenesten informerer om muligheter og rettigheter til klienter med rusmisbruk.

Ansvarlig: Den enkelte sosialarbeider.

5.3 Tiltak rettet mot eldre

5.3.1 Eldre med hjemmetjenester

- Alle brukere som har mer enn tre timer pr. uke i hjemmesykepleie fra bydelens hjemmetjenester, har krav på gratis tannhelsetjenester. Denne gis hos utvalgte tannleger, med særskilt avtale med kommunen.

Tiltak: Hjemmetjenesten og seniorsenteret må ha informasjonsmateriell til utdeling til sine brukere.

Ansvarlig: Leder hjemmetjenesten og leder seniorsenteret.

Tiltak: Hjemmetjenestens ansatte må ha god opplæring i munnhygiene og tannpleie av sine brukere, slik at de kan bistå de som ikke selv kan utføre god tannhygiene.

Ansvarlig: Leder/opplæringsansvarlig i hjemmetjenesten.

6 Sentralt innsatsområde: Tobakksforebygging

Mål: Helseforskjeller i Oslo skal reduseres gjennom en reduksjon i andelen som røyker i befolkningsgruppene med høyest tobakksforbruk.

De negative helsekonsekvenser ved røyking er etter hvert grundig dokumentert. God informasjon og holdningsskapende arbeid blant barn og unge er det viktigste forebyggende tiltak bydelen kan iverksette/ videreføre. Røykeavvenningskurs finnes sentralt i Oslo, og bør kombineres med informasjon om Røyketelefonen og slutta.no.

6.1 Tiltak rettet mot barn og unge

- Helsestasjon driver tobakksforebyggende arbeid i følge Helsetilsynets anbefalinger for helsestasjons- og skolehelsetjenesten.
- Skolehelsetjenesten deltar i undervisningsopplegget "unge og rus" i 8. klasse i samarbeid med bydelens skoler.
- Holdningsskapende arbeid i idrettsmiljøet.

Tiltak: Tiltaket videreføres i planperioden.

Ansvarlig: Helsestasjon og skolene.

6.2 Tiltak rettet mot voksne

- Innbyggerne kan henvises til ulike tilbud om røykeavvenning i Oslo.

Ansvarlig: Fastlegen.

- Innføre røykfrie inngangspartier ved alle bydelens tjenestesteder.

Ansvarlig: Bydelsdirektør/leder for det enkelte tjenestested.

7 Sentralt innsatsområde: Skadeforebygging

Mål: Tjenestestedene skal forhindre unødige skader blant alle brukere/klienter.

Det er en kjent sak at det både er bedre og billigere å forebygge skade enn å reparere.

Det betyr igjen at risikovurderinger i de ulike tjenestene må gjennomtenkes før en iverksetter nye tiltak, eller i forbindelse med rutinebeskrivelse av allerede eksisterende tiltak. Bydelens ansatte må være bevisst på hvilke skader som kan oppstå, og forhindre dette ved god informasjon og praktisk veiledning.

Tiltak: Søknadskontorets saksbehandlere må, ved førstegangs besøk i brukers hjem, sjekke og eventuelt fjerne fallfeller som oppdages, for å hindre bruddskader.

Ansvarlig: Leder Søknadskontoret.

Tiltak: Hjemmetjenesten må følge opp at den enkelte brukers hjem ikke har unødvendige fallfeller.

Ansvarlig: Leder for hjemmetjenesten/opplæringsansvarlig hjemmetjenesten.

Tiltak: Ansatte i hjemmetjenesten sjekker årlig sine brukeres brannvarslere og skifter batteri ved behov.

Ansvarlig: Leder for hjemmetjenesten.

Tiltak: Sosionomene ved Sagene-Torshov seniorsenter tilbyr hjemmebesøk til alle bydelens beboere det året de fyller 75 år. Hjemmebesøket skal ha fokus på informasjon og rådgivning som kan bedre hjemmesituasjonen og forhindre unødige fall og skader i eget hjem. De informerer om tjenestetilbudet i bydelen og følger opp beboer etter den første kontakten.

Ansvarlig: Leder ved Sagene-Torshov seniorsenter.

Tiltak: Alle bydelens tjenestesteder gjennomgår sitt skjemavelde, for å forenkle skjema og rutiner, slik at brukerne selv kan mestre utfylling av disse, uten å ende opp i apati og unødvendig stress.

Ansvarlig: Leder på hvert tjenestested.

Tiltak: For å bistå den enkelte bruker som trenger hjelp, skal alle tjenestesteder forplikte seg til å samhandle bedre rundt enkeltbrukere, forenkle felles saksbehandling der dette er mulig og oppdatere hverandre med informasjon om hverandres tjenester.

Ansvarlig: Avd.ledere for helse og sosialtjenester og Barne og ungetjenester.

8 Sentralt innsatsområde: Helseovervåking

Mål: Benytte tilgjengelige helsedata i planarbeidet, med tanke på å redusere sosial ulikhet i helse.

Helse- og velferdsetaten skal ha oversikt over helsetilstanden i Oslo kommune, og faktorer som kan virke inn på helsen. Til dette arbeidet ligger også ansvar for å opparbeide seg kunnskap om hvordan helsesvikt kan motarbeides og komme med forslag til helsefremmende og forebyggende tiltak.

Se link: <http://www.helse-og-velferdsetaten.oslo.kommune.no/>

Tiltak: Bedre kvaliteten på egen statistikk gjennom økt bevissthet og opplæring.

Ansvarlig: Bydelsoverlegen.