

5 Folkehelse – et felles ansvar



Foto: Grete Zahl

5.1 Folkehelse

Folkehelse – lokalt forankret

I lov om helsetjenesten i kommunene er folkehelsebegrepet helt sentralt. Loven legger et stort ansvar for folkehelsearbeidet til kommunene. Folkehelsearbeidet må dermed forankres lokalt, og vil kreve en innsats hvor også frivillige organisasjoner og befolkningen selv deltar. Men både definisjonen og lovteksten legger et utvidet helseperspektiv til grunn, hvor en samordning mellom tiltak både innenfor helsetjenesten og utenfor er nødvendig. Fylkesplanens intensjon er den samme å forankre og samordne arbeidet mellom forvaltningsnivåene og mellom kommunene, med sikte på å få til resultater hver enkelt kommune ikke klarer alene.

Folkehelse – et felles samsfunnsansvar

Helsetjenesten kan kun avhjelpe en liten del av folks helseproblemer. Mest betydning og størst ansvar for egen helse har hvert enkelt individ, og samfunnet som helhet. Kommunene har her et hovedansvar etter kommunehelsetjenesteloven, men problemstillingene er likevel så sammensatte at det må forutsettes et bredt offentlig samarbeid på tvers av forvaltningsnivåer i samarbeid med frivillige organisasjoner og andre private. Politikerne får dermed både en ombudsrolle

I utredningen NOU 1998:18

defineres folkehelsebegrepet slik:

"Folkehelsearbeid er samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen.

I dette ligger nødvendigheten av å styrke verdier som gir det enkelte individ og grupper muligheter for ansvar, delaktighet, solidaritet, mestring og kontroll over eget liv og situasjon".

§ 1-2. I lov om helsetjenesten i kommunene (Helsetjenestens formål)

Kommunen skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme egen trivsel, sunnhet og folkehelsen.

og en utviklingsrolle innen folkehelsearbeidet.

Ombudsrollen er i første rekke knyttet til å ivareta befolkningens behov for helsetjenester. Her vil fylkespolitikere ha felles interesser med kommunepolitikere i å fremme befolkningens interesser i dialog med staten. Med den særegne situasjonen Akershus er i, med landets sterke vekst i den eldre del av befolkningen, forventes det et økt press fra befolkningen på utvikling og utbygging av helsetjenester i fylket.

Både kommuner og fylkeskommunen står overfor nye utfordringer i forhold til at spesialhelsetjenesten nå er blitt statlig. Det medfører at det må etableres nye rutiner og samarbeidsordninger mellom de ansvarlige myndigheter. Dette har Helseregion Øst RHF tatt initiativ til, og fylkeskommunen vil i samarbeid med kommunene delta videre i dette arbeidet. I Helseregion Øst er det også etablert et brukermedvirkningsutvalg hvor de tunge brukerorganisasjonene av helsetjenester er representert. Både eldre og funksjonshemmede fra Akershus er representert i dette brukerutvalget.

Folkehelse har også en fysisk dimensjon, knyttet til betingelser om gode oppvekst- og bomiljøer, lokalsamfunn, og friluft- og rekreasjonsområder. Dette er sentrale spørsmål i planleggingen av det framtidige Akershussamfunnet, som forutsetter en god dialog mellom kommuner, fylkeskommunen og regional statsforvaltning. (Det vises videre til fylkesplanens del om samordnet areal og transport).

5.2 Problemstillinger og utfordringer

Gode levekår er ikke det samme som god folkehelse

For alle kommuner i Norge lages det hvert år en indeks for levekårsproblemer som består av syv enkeltindikatorer for dødelighet, sosialhjelp, uførepensjonister, attføring, registrerte arbeidsledige, lav utdanning og voldskriminalitet (SSB 2002). Denne indeksen sier noe om materiell livsbetingelser, på et individuelt nivå, hvor særlig lang utdanning og høy inntekt får stor betydning. Indeksen går fra 1-10 hvor 1 er færrest levekårsproblemer. Ingen av Akershus kommunene ligger i gruppen med færrest eller flest levekårsproblemer. I Akershus er det tre kommuner som ligger i gruppen med få levekårsproblemer (fra 2,0 – 2,6 på indeksen). Dette er Oppegård, Asker og Bærum. De kommunene i Akershus som relativt har flest levekårsproblemer (indeksverdi fra 5,7 – 5,0) er: Eidsvoll, Rælingen, Ullensaker, og Nesodden. De øvrige ligger mellom disse verdiene.

Denne indeksen er ment som et mål på sosiale problemer i kommunene, og gir nok et representativt bilde av noen begrensede sosiale forhold som følger et tradisjonelt sosialt skille mellom vest- og østkant. Den gir imidlertid ingen informasjon om hvor det er godt å bo og vokse opp, kvalitet og omfang av kommunalt tjenestetilbud, eller opplevelse av egen livskvalitet. Generelt kan det sies at gode levekår er bra for helsen, men det er ikke det samme som god folkehelse.

I Helseprofilen for Akershus ble det spurt om vurdering av egen helsetilstand (Heltef 1999). Her viste egenrapporteringen et mer nyansert bilde, enn det denne indeksen fanger opp. Generelt var det små forskjeller mellom regionene, og Akershusbefolkningen vurderte sin helse som litt bedre (10 prosent) enn landsgjennomsnittet. Det interessante er imidlertid forskjellene mellom aldersgruppene. Ungdom og særlig kvinner (16-24 år) på Øvre Romerike vurderte egen helse som bedre enn ungdom (og særlig kvinner) i Vestregionen og i Follo. Den motsatte trend viste seg for aldersgruppen 25-66 år, hvor folk (og særlig kvinner) på Øvre Romerike opplevde egen helse som dårligere enn tilsvarende aldersgruppe i Vestregionen. Dette generasjonsskillet bekreftes også i undersøkelsen om den psykisk helsetilstanden i Akershus. Vestregionen som generelt pekte seg ut som en region med god psykisk helse, hadde relativt dårlig psykisk helse for den yngste aldersgruppen 16-24 år.

Nasjonal og kommunal enighet om helseutfordringene

Vi er vant til en forestilling om at levealderen i Norge ligger helt på topp. I 1990 lå Norge på tiende plass for kvinner og niende plass for menn. Helseeksperter viser til at det er ulike nivå for livsstilssykdom - og først og fremst hjerteinfarkt - som ligger bak de store forskjellene mellom levealder i land som Japan, Frankrike og Sverige.



Foto: Grete Zahl

Det er i offentlige utredninger og helsefaglige miljøer i Norge en bred enighet om hva som er de viktigste helseutfordringene målt i forhold til dødelighet og sykkelighet.

Dette er:

- hjerte- og karsykdommer
- kreft
- psykisk helse
- trafikkulykker (i antall tapte leveår) og
- skader, ulykker, selvmord og vold
- belastningslidelser
- astma og kronisk obstruktiv lungesykdom
- overvekt og type 2-diabetes.

Følgende tiltak gir størst helsegevinst og prioriteres i det videre folkehelsearbeidet:

- økt fysisk aktivitet
- sunnere kosthold
- redusert røyking

Tobakk, fysisk aktivitet, alkohol, ernæring og matvaner er de viktigste forklaringene på variasjoner i middellevetiden. Hovedårsaken til død i Norge - hjerteinfarkt - er fem ganger høyere enn i Japan og tre ganger høyere enn i Frankrike. Videre har Norge og Frankrike tre ganger høyere dødelighet av brystkreft enn Japan. Selvmord er dobbelt så vanlig blant norske menn i alderen 20-24 år som blant japanske.

Akershus har generelt en god helsetilstand målt i dødelighet for hjerte/karsykdommer og kreft i forhold til landet ellers. Likevel vil en reduksjon av dødeligheten til japansk nivå tilsvare en reduksjon på 13 prosent, eller ca 400 dødsfall pr år innen alle aldersgrupper. Regionalt er det større forskjeller. Over tid har forskjellene i dødelighet mellom regionene Follo, Nedre og Øvre Romerike jevnet seg ut, men avstanden til Vestregionen har

imidlertid økt. Det er særlig død med årsak i hjerte og karsykdommer som viser store forskjeller mellom regionene, men i like stor grad mellom kvinner og menn (Akershus statistikk 2002).

Å fremme, bevare og gjenvinne helsen kan gjøres målrettet og bevisst ved tiltak vi vet påvirker helsen. De viktigste kjente faktorene som påvirker helsetilstanden er (Statens institutt for folkehelse 1999):

- Usunn livsstil, som for eksempel tobakksbruk, for liten og belastende fysisk aktivitet, overernæring og feilernæring
- Biologiske faktorer som høyt blodtrykk, høyt kolesterolnivå og beinskjørhet
- Genetiske faktorer
- Fysisk og kjemisk miljø, som boligstandard, arbeidsmiljø og miljøforurensning
- Sosiale miljøfaktorer, som utdanning, sysselsetting, inntekt og sosialt nettverk

- Helsetjenester, som bruken av forebyggende tiltak og tjenester, behandlingskvalitet og behandlingsmuligheter.

Nasjonalt er både fagmiljø og departement entydige i hvilke tiltak som på en enkel og mer effektiv måte kan gi størst helsegevinst.

Disse tiltakene nevnes som effektive og målrettede tiltak for å forebygge: Hjerte- og karsykdommer, kreft, diabetes type 2, beinskjørhet og belastningslidelser.

Foruten de rent somatiske helseproblemene er det både nasjonalt og lokalt et fokus på **psykisk helse og rusforebygging**. Det er et sterkt ønske både fra regjering og kommunene om større innsats på disse områdene. Disse områdene ble også prioritert av Akershusbefolkningen i en undersøkelse av Heltef (Helseprofil 1999), i tillegg til forebygging av vold og kriminalitet.

Fylkesplanen vil med denne bakgrunn sette fokus på to hovedproblemstillinger i det helsefremmende og forebyggende arbeid: Bedre fysisk og psykisk helse.

5.3 Bedre fysisk helse

Økt fysisk aktivitet er viktigste helsefremmende faktor

Fysisk aktivitet er den viktigste helsefremmende faktoren vi kjenner. Den får folk til å endre livsstil og til å opprettholde endret livsstil. Regelmessig fysisk aktivitet har en meget gunstig virkning både på kort og lang sikt. Dette gjelder for alle deler av befolkningen, uavhengig av alder og kjønn, og i forhold til de store helseproblemene samfunnet står ovenfor i dag.

Det er sterke holdepunkter for å si at regelmessige spaserturer/sykkelturer (30-40 minutters varighet 2-3 gang pr uke) gir helsegevinst. Økt aktivitet ut over dette vil gi større helsegevinst. Det er viktig å fokusere på at moderat fysisk aktivitet sannsynligvis gir størst helsegevinst for den enkelte.

Manglende fysisk aktivitet gir helseisiko på nivå med røyking, høyt kolesterolnivå og overvekt. Det er nær årsaksammenheng mellom redusert fysisk aktivitetsnivå og økt risiko for overvekt og fedme, diabetes type 2, hjerte- og karsykdommer, høyt blodtrykk, muskel- og skjelettlidelser og enkelte kreftformer.

Utfordringene knytter seg særskilt til at:

- Samtidig som en stor del av befolkningen er svært aktive, blir flere i dårligere form.
- Fysisk aktivitet i barne- og ungdomsalderen vil ha stor betydning for helsen og behovet for å være aktiv, både i oppveksten og senere i livet. Stadig flere barn og unge er fysisk inaktive og kløften mellom fysisk aktive og passive barn øker.
- Regelmessig fysisk aktivitet er avgjørende for de eldres selvhjelpenhet og livskvalitet. Fysisk aktivitet synker med alderen. Over halve volumet av helsetjenestene brukes på de eldre.
- Mangel på tid blir oppgitt som den viktigste grunnen til at mange voksne er mindre aktive enn de ønsker.

Akershus fylke har generelt gode friluftsområder for rekreasjon og mosjon i alle regioner, og nesten halvparten av befolkningen i Akershus trener regelmessig, uansett alder og kjønn. Det er likevel forskjeller i mosjonsvaner mellom regionene. I hovedtrekk synes sentralitet å være en forklaringsvariabel på forskjellene. En teori kan være forskjell i disponibel tid til trening, målt ut ifra lengde og tidsbruk på arbeidsreiser. Tall som viser at yngre og eldre menn på Øvre Romerike trente like ofte som menn i andre regioner, kan styrke dette som en av flere mulige forklaringer. I såfall er også folkehelseutfordringen en jevnere fordeling av arbeidsplasser mellom regionene, og mellom Oslo og Akershus som felles bolig- og arbeidsmarkedsregion

Bedre kosthold nødvendig, spesielt lavere sukkerinntak hos unge

Ernæring er et av områdene hvor det forebyggende arbeidet også har stort potensiale. Omlegging til et kosthold med mye frukt og grønnsaker kan forebygge kanskje så mange som en femtedel av krefttilfellene. Kostrådene som gjelder ved forebygging av kreft, gjelder også for forebygging av hjerte- og karsykdommer og for et generelt godt sammensatt kosthold. Et slikt kosthold reduserer forekomsten av diabetes, fordøyelsesbesvær, overvekt, jernmangelanemi, beinskjørhet og tannrâte. Den store nedgangen i antall dødsfall på grunn av hjertesykdom de siste 20 år, i takt med nedgangen i fettforbruk, viser at endringer i kosten og andre forebyggende tiltak har effekt.

Kostholdet til elever i grunnskolen er generelt godt, ifølge Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet. Det har imidlertid fortsatt noen klare helsemessige svakheter. Særlig inneholder kostholdet for mye mettett fett og for mye sukker. Hele 9 av 10 elever har et sukkerinntak over maksimumsnivået.

Helseprofilen for Akershus (1999) viser problemstillinger både i forhold til alder og kjønn. De eldre spiser generelt sunnere enn de yngre, og kvinner mer sunt enn menn. Andelen menn og kvinner som spiste fisk daglig eller ukentlig viste seg å stige fra 40 prosent hos de aller yngste til 90 prosent blant 75-80 åringer. Kjønnforskjellene var tydeligst i forhold til å spise frukt og grønt. Over 60 prosent av



Foto: Grete Zahl

kvinnene spiste frukt hver dag, mens i underkant av 40 prosent av mennene. Akershus har dermed spesielle utfordringer knyttet til fedme.

Når det gjelder fedme viser siste helseundersøkelse (av 40-åringere i Akershus) at vekt og kroppsmasse (BMI) går jevnt oppover for begge kjønn. Den samme utviklingen skjer også i andre fylker. De mannlige 40-åringene i Akershus hadde på slutten av 1990-tallet høyest vekt og nest høyest BMI (kroppsmasseindeks) sammenlignet med andre fylker.

Færre røykere enn i landet for øvrig

Tobakkskader regnes som en av de mest alvorlige helseproblemer på verdensbasis. I Norge forventes at ca 7 500 nordmenn dør årlig av røykerelaterte sykdommer på grunn av egen røyking, og 350 til 550 personer av passiv

røyking. Omfanget av tobakkskadene forårsaker nesten tre ganger så mange dødsfall som narkotika, alkohol, selvmord, drap, branner, trafikkulykker og AIDS gjør til sammen.

På 90-tallet stagnerte nedgangen av dagligrøykere blant unge. Blant 16-19-åringere er det nå om lag 20 prosent som røyker daglig og like mange gutter som jenter. Men den internasjonale trenden med økning i "av-og-til-røyking" som skjedde på begynnelsen av 90-tallet, ser ut til å ha stanset opp rundt 20 prosent i denne aldersgruppen i Norge. Blant voksne ligger andelen dagligrøykere på ca. 33 prosent, men på fylkesnivå er det færrest i Oslo og Akershus.

Det er fortsatt klare kjønnsforskjeller i røykeatferd. Det er flere kvinner som røyker, men de kvinner som røyker, røyker betraktelig mindre enn de mannlige røykerne. Regionalt er det stor forskjell innen aldersgruppene. Mens andelen røykere i Vestområdet, Follo og Nedre Romerike holder seg noenlunde konstant fram til 66 år, og deretter avtagende med alder, skiller Øvre Romerike seg ut med en sterk økning fra færrest røykere i yngste aldersgruppe til flest i aldersgruppen 25-66 år, for så å synke for eldre aldersgrupper mot samme nivå som de andre regionene for eldre over 67 år.

Det er enighet om at tobakksforebyggende arbeid er viktig for å begrense livsstilssykdommene og dermed øke den fysiske helsen. Sosial- og helsedirektoratet mener det er meget viktig å føre innsatsen for røykfrihet blant 8. klassinger oppover i klassetrinnene. Arbeidet blant eldre tenå-

ringer må videreføres slik at det ikke bare blir en utsettelse av røykestart for mange elever.

I videregående skoler drøftes det om det skal være restriksjoner mot røyking på skolens område, eller om det skal tillates, slik at lærerne kan utøve kontroll med hva som skjer innenfor skolens område. Sosial- og helsedepartementet har i Nasjonal strategiplan for det tobakkskadeforebyggende arbeidet 1999 – 2003: Røykfrihet – en rettighet, framsett "røykfrie skoler" som et eget satsingsområde. Det vises til at man gjennom å forby røyking i skolens utemiljø og samtidig tilby undervisning om røyking og hjelp til røykeslutt oppnår å gi entydige signaler om røykfrihet som norm til barn og unge. Et annet hovedsatsingsområde i planen er rollemodeller, der de voksnes ansvar som formidlere av normen om røykfrihet vektlegges. Strategiplanen fremhever at normer formidles både gjennom ord og handling. Det er derfor viktig å bevisstgjøre foreldre, lærere og andre som arbeider med barn og unge om deres ansvar som rollemodeller i forhold til røyking.

Den generelle situasjonen for Akershus er svært positiv på dette området. Akershus har nå samlet færre røykere enn alle andre fylker i landet. Heltef mener likevel at det er et stort potensiale for flere ikke-røykere, hvis man skapte gode og attraktive røykeavvenningskurs i kommunene. Det er påvist at røyking er svært sosialt betinget. Det er derfor viktig å ta fatt på dette i lokalmiljø, arbeidsplasser mv, slik at motivasjon og støtte i en røykesluttperiode kan hentes ut i et sosialt nettverk.

5.4 Bedre psykisk helse

Nasjonalt satsingsområde

En bedret psykisk helse er et nasjonalt satsningsområde. Både Akershusbefolkningen og kommunene mener det bør satses på forebygging av psykisk helse, ved siden av rusforebygging. I et folkehelseperspektiv vil fokus være på forebygging av den generelle psykiske helsen og ikke behandling av de mer alvorlige psykiske problemene. Psykisk helse har nær sammenheng med levekår og sosiale kvaliteter i samfunn og nærmiljø. Angst og depresjoner kan være direkte betinget av sosiale forhold innen familie, arbeidsliv, nærmiljø eller livshendelser. Familiepolitikk og barns oppvekstvilkår, skolepolitikk, sysselsettingspolitikk, bolig-, trygde- og sosialpolitikk og rusmiddelpolitikk vil kunne forebygge psykiske lidelser.

Små forskjeller i psykisk helsetilstand mellom kommunene

Det er dokumentert at problemer i selve skolesituasjonen bidrar til økt stress og psykiske helseproblemer. Faglige skoleproblemer, arbeidspress, lav skoletrivsel og angst for framtiden kan gi psykiske problemer. Mobbing og ensomhet er viktige forhold å være oppmerksom på i ungdomsmiljøene. Flere undersøkelser viser dessuten at mennesker med lite utdanning er mer utsatt for psykiske lidelser enn andre. En rekke internasjonale studier har vist at det er sammenheng mellom graden av sosial integrasjon i et lokalsamfunn og forekomsten av psykiske

lidelser. Oppløsning av sosiale bånd og nettverk, f.eks. ved skilsmisser, kan gi opplevelse av maktesløshet og sosiale problemer som resulterer i psykiske lidelser. Sosial desintegrasjon kan være utløst av nedgang i tradisjonelle arbeidsplasser, økonomiske problemer og stor grad av utflytting. Det er også påvist at drabantbyer med stor og hurtig innflytting kan oppleve liknende problemer.

Verken sosialt nettverk eller negative livshendelser har hver for seg noen klar effekt på utviklingen av psykisk helse. Det er særlig kombinasjonen av dårlig sosialt nettverk og forholdsvis mange negative livshendelser, som kan gi nye eller økende grad av psykiske problemer. Mennesker som opplever å ha liten kontroll over eget liv, vil være mer avhengig av støtte fra andre for å hindre utviklingen av psykiske helseproblemer. Tiltak som tar sikte på å styrke sosiale nettverk har forebyggende virkninger.

Generelt er det små forskjeller i psykiske helsetilstand mellom kommunene i Akershus. Forskjellene framkommer tydeligst i forhold til sivilstand og utdanning, dvs. gifte eller samboende par med høy utdanning har generelt bedre psykisk helse enn skilte, separerte og enker/enkemenn med lav utdanning. Heltefs undersøkelse viser imidlertid store relative forskjeller mellom regionene, hvor unge på Nedre Romerike og særlig i Vestregionen rapporterer om dårligere psykisk helse.

I Akershus ser gode sosiale nettverk ut til å være jevnt fordelt utover hele fylket. Akershus

befolkningen føler seg trygge på at noen i den sosiale omgangskretsen vil komme til unnsetning ved f.eks. lengre sykdomsperioder. Akershus har likevel utfordringer i forhold til særlige grupper som eldre, enslige, uføretrygdede, arbeidsledige, pendlere og de som ofte er så slitne etter jobb at de ikke orker å foreta seg noe på fritiden. Disse gruppene har et mer sårbart sosialt nettverk enn andre, og dermed mer utsatt for psykiske problemer. Utfordringen er hvordan styrke det sosiale nettverket til disse gruppene.

Alkoholmisbruk større problem enn stoffmisbruk

Sammenlignet med skader og problemer knyttet til bruk av tobakk og alkohol, er narkotika-problemene i Norge små. Det er imidlertid umulig å vite nøyaktig hvor stort omfanget av narkotikaproblemene er. Ved hjelp av offisiell statistikk og undersøkelser er det likevel mulig i en viss grad å følge utviklingen og problemenes omfang. Selv om det store flertall i Norge aldri har prøvd narkotiske stoffer, er det en tendens at stadig flere forsøker. Holdningene til bruk av narkotika har blitt mer liberale og beslagstallene har steget, narkotikakriminaliteten har tiltatt. Problemene er ikke lengre et storbyfenomen. Bruken av narkotika har hatt en markert spredning både i forhold til alder og geografi, og overdosetallene har på nittitallet hatt en markant økning.

Det er likevel en betraktelig høyere andel ungdom i Akershus (foruten Oslo) som har prøvd narkotiske rusmidler enn



Foto: Grete Zahl

ellers i landet. I første halvdel av 90-tallet hadde ca 13 prosent av ungdommene i Akershus prøvd cannabis. I siste halvdel av 90-tallet hadde denne andelen doblet seg. Narkotikabruken synes å være klart størst i vestområdet, og sammenfaller også med et høyt forbruk av alkohol blant yngre menn i denne regionen. Det er betegnende at spesielt ungdommene i vestområdet ønsket forebyggende tiltak for å redusere rus og vold.

Statens institutt for rusmiddel-forskning foretar årlige spørre-skjema undersøkelser om bruk

av rusmidler blant ungdom i alderen 15 - 20 år. Resultater fra 2002-undersøkelsen viser at den relativt dramatiske økningen i alkoholforbruket blant ungdom i alderen 15-20 år de senere år, ser ut til å ha stoppet opp. Det samme gjelder den eksperimenterende bruken av narkotiske stoffer.

Ungdom i aldersgruppen 15-20 år drakk omkring 5 liter øl i 2001, mot 3 liter på begynnelsen av 1990-tallet. Det var en økning på hele 67 prosent i løpet av 10 år! Resultater fra 2002-undersøkelsen viser at det

har vært en nedgang på noe over 0,5 liter ren alkohol på landsbasis. Debutalderen er likevel stabil. I snitt for landet ligger den på 14,5 år for øl og omkring 15 år for vin og brennevin. Ungdom i Oslo og Akershus har et høyere forbruk av alkohol og narkotiske stoffer enn ungdom på landsbasis. Rusforebyggende arbeid har derfor en større utfordring her enn i resten av landet.

5.5 Mål og strategier

Hovedmål Bedre fysisk og psykisk helse for alle innbyggere i Akershus

Delmål for bedre fysisk helse

- Alle skal ha mulighet til fysisk aktivitet i natur og i sitt nærmiljø.
- Fremme et sunt kosthold og gode matvaner i befolkningen
- Redusere bruken av tobakk, og særlig begrense antallet røykestartere.

Delmål for bedre psykisk helse

- Utvikle gode, trivelige og trygge skolemiljøer og lokalsamfunn.
- Ta vare på barn og unges selvrespekt i skoleløp og fritid.
- Befolkningen skal ha likeverdige levekår.
- Utsette alkoholdebuten.
- Redusere bruken av alkohol og narkotiske stoffer.
- Påvirke rusatferd gjennom å påvirke årsaker til drikking og bruk av narkotiske stoffer.

Strategier for bedre fysisk helse

Økt fysisk aktivitet

- Sikre valgmuligheter i mangfoldet av aktiviteter både i skole og fritid.
- Fokuserer på det fysiske nærmiljøet ved boliger, skoler og barnehager.
- Tilrettelegging av stier, veier, lysløyper og turtraseer, nærfriluftsområder og anlegg for fysisk aktivitet for alle brukergrupper.
- Sikre tilgang til skogområdene, vannveiene og kysten langs Oslofjorden.
- Rekruttere og motivere barn og unge, eldre, og særskilte inaktive grupper til fysisk aktivitet.
- Motivere ungdom til å fortsette med regelmessig fysisk aktivitet i voksen alder.
- Tilrettelegge for gang- eller sykkelbruk som effektiv og trygg transportform for transportoppgaver i nærmiljøet.

Sunnere kosthold

- Forankre et sunt kosthold i skolen, i offentlig virksomhet/institusjoner og i sosialt tjenestetilbud til risikogrupper.
- Sikre at eldre omsorgstrengende får tilstrekkelig næring.

Redusere tobakksbruk

- Redusere andelen unge som røyker med 50 prosent på 5 år.
- Videreføre innsatsen for røykfrie skoler og røykfritt skolemiljø blant 8. klassinger og videre oppover i klassetrinnene.
- Sikre at eldre tenåringer som ikke har røkt heller ikke senere starter å røyke

Strategier for bedre psykisk helse

Gode, trivelige og vel tilrettelagte lokalsamfunn

- Utforme de fysiske omgivelsene slik at de er trygge, vakre og trivelige.
- Utvikle gode møteplasser og stedsidentiteten i lokalsamfunnet.
- Sikre at planlegging, bygging og investeringer virker inkluderende, og blir tilgjengelig for alle.
- Utarbeide boligsosiale handlingsplaner for vanskeligstilte.
- Videreføre og utvikle tiltakene mot vold, mobbing, rus og uønsket atferd.
- Gjøre elever bedre istand til å ta vare på sin egen psykiske helse, og informere dem om hvilke hjelpetiltak de kan oppsøke ved psykiske problemer og lidelser.
- Utvikle et likeverdig og allsidig kulturtilbud til alle deler av Akershusbefolkningen.
- Legge til rette for at det frivillige kulturtilbud kan utvikle seg og styrke lokalmiljøet.

Redusert rusmisbruk

- Gjennomføre forebyggende tiltak i skole og fritid.
- Alle foresatte og elever i den videregående skolen skal ha fått informasjon om rusmidler og de helsemessige og sosiale konsekvensene av rusbruk.

5.6 Gjennomføringsstrategier

Tre betingelser for endring, utvikling og læring

For å kunne nå de spesifikke strategiene innenfor de valgte tema innen folkehelse er det nødvendig å sette fokus på noen forutsetninger som må være til stede. Disse forutsetningene er:

Kunnskaps- og informasjonsstrategier

Forsknings og utredningsarbeid om folkehelse, er et ansvar som i praksis er lagt til ulike statlige råd og direktorater. Disse har et generelt informasjonsansvar ovenfor hele befolkningen.

Kommuner og fylkeskommunen har derimot et ansvar for å formidle denne informasjonen videre til relevante grupper og individer, som enten har krav på slik informasjon i forhold til rettigheter og plikter, eller som på annen måte bør få slik informasjon for bedre å kunne ivareta egen helse. For å sikre at informasjon når relevante grupper og individer må kommuner og fylkeskommunen ha en kunnskaps- og informasjonsstrategi ovenfor hvem de først og fremst ønsker å nå, og på hvilken måte de bør informeres. I forhold til folkehelsearbeidet kan det være formålstjenlig at denne informasjonen formidles og bearbeides videre i forhold til de risikogrupper en primært ønsker å nå, f.eks. barn/unge og deres foreldre.

Strategi

- Styrke det offentlige informasjons- og formidlingsarbeidet ovenfor foreldre og risikogrupper.

Motivasjon og samhandling

Det har vist seg at tradisjonelle informasjonskampanjer uten sosial forankring har hatt liten effekt. Erfaringer har vist at motivasjon, og atferdsbetinget læring, samt støtte fra et sosialt fellesskap er viktig for å gjennomføre faktiske endringer. Eksempler på dette er "Ung til ung" formidling og forankring av forebyggende helsearbeid i fritidsklubber og eldresentre som sosiale møteplasser for henholdsvis unge og eldre.

Styrking og utvikling av foreldrekompetanse er en annen strategi som bør styrkes. Foreldre kan ha behov for assistanse i foreldrerollen. Samhandling med foreldre om tidlig oppfølging av barn og unge med avvikende atferd, samt etablering av generelle lavterskeltilbud for både barn og unge, foreldre, og eldre vil være aktuelle strategier.

Strategi

- Det legges vekt på atferdsendring gjennom sosial støtte og læring.

Tilrettelegging

Det vil være en offentlig oppgave gjennom både den fysiske og helse- og sosialplanleggingen å legge til rette for mestring og kontroll over eget liv. For å drive fysisk trening må det være tilrettelagt for dette, og lokalsamfunnet må ha et tilstrekkelig privat og offentlig tjenestetilbud som ivaretar gode levekår. Dette kan ikke oppnås av det offentlige alene. Et bredt partnerskap i samfunnsutviklingen er nødvendig.

Strategi

- Kommuner, fylkeskommuner og stat må søke løsninger i et bredt partnerskap, hvor også frivillige organisasjoner inngår.