

Folkehelse og sosiale ulikeheter i Nordland, med utgangspunkt i «sammen om mestring»



Helsedirektoratet

Sammen om mestring

Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne
Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten



I media:



 Fra forskningsmiljøene. En artikkel fra Høgskolen i Oslo

Økende fattigdom

BØKER: Paradoksalt nok har velstandsøkningen de siste årtiene bidratt til en økning i fattigdommen. En ny bok analyserer fattigdommen i Norge.



Riksrevisjonen slår fast at kommunene sitt arbeid med å gi fattige barn gode vilkår for

Flere fattige barn i Norge

BARNEFATTIGDOM: Ny rapport viser at antallet fattige barn i Norge øker. Samtidig gjør dårlig innsats fra flere kommuner at



n bilder Facebook og Twitter H▶

– Vi har et økende antall fattige i Norge og flere barn som ikke får gjøre det andre barn gjør

Foreldre dropper middag for å spare penger, slik at barna deres skal få gå på kino. Barneombud Anne Lindbo slår alarm – Jeg er kjempelikumret

Noen erfaringer fra vårt arbeid i kommunene:

«Har ikke råd å la dattera mi delta på skoletur.....»

«Som folkehelsekoordinator har æ vært med å legge til rette for mange trimløyper, men det er et problem at det er stort sett bare de de som allerede er veltrøst som benytter dette tilbudet.....»

«Æ klare ikke å tenke på nokka individuell plan før æ får på plass en ordentlig plass å bo.....»

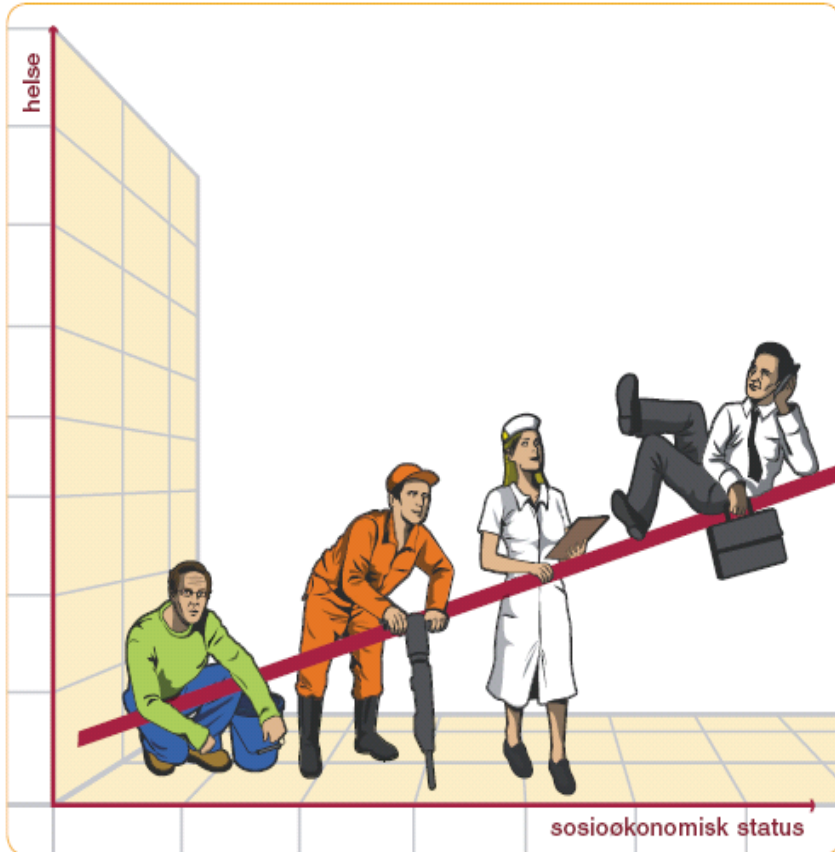
« Det viktigste førr mæ e at æ har nån å gå på fotballkamp med, i dag har æ ingen....»

Noen tegn i tiden.....

Samtidig som alle i Norge har fått vesentlig bedre inntekter de siste tiårene,
øker fattigdommen blant;

- dem nederst på inntektsskalaen,
- blant barnefamilier med innvandrerbakgrunn,
- ungdom og
- unge voksne

Helsforskjeller



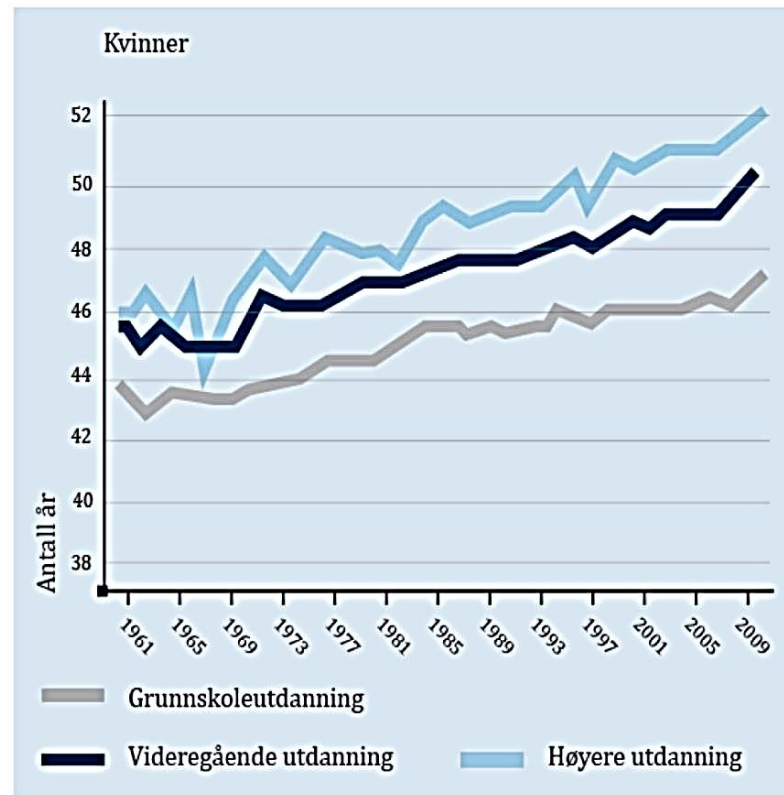
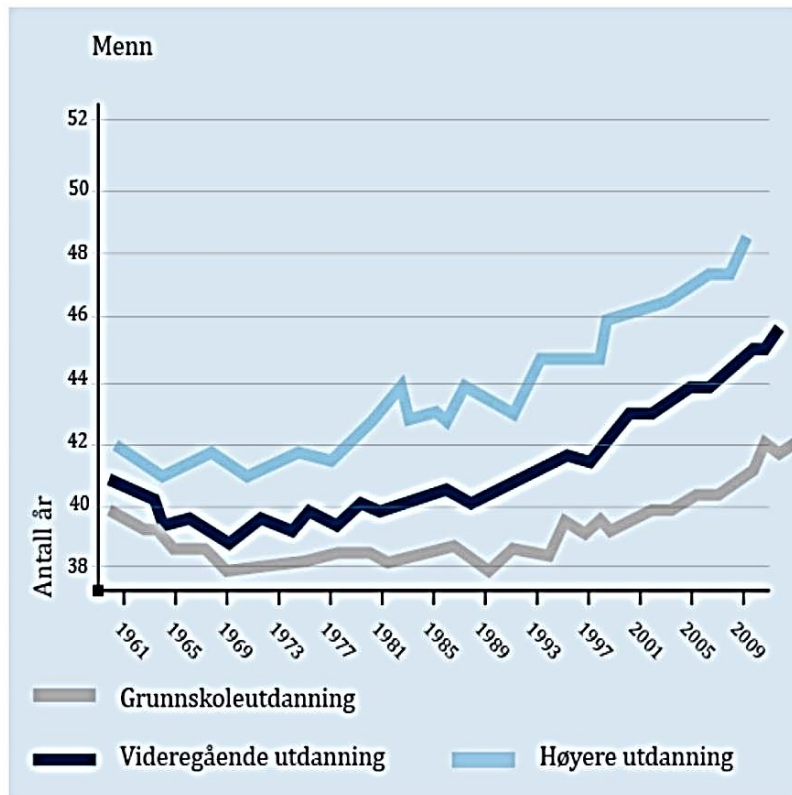
De siste 30 årene, har **helsegevinsten vært størst for dem som allerede hadde den beste helsen** – personer med lang utdanning, god inntekt og tilknytning til arbeidslivet.

Helsegevinstene **har ikke økt like mye for dem med lav utdanning og inntekt..**

Risikofaktor for utvikling av rusproblemer og psykisk lidelser, er dårlig økonomi, utdanning, sosial deltagelse mm

Forskjellene i helse har økt de siste ti årene.
Dette danner mønster av en gradient gjennom hele befolkningen

Forventet levealder ved 35 år etter **utdanningsnivå.**



Vi er alle like..., eller....

Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt



Espen Dahl, Heidi Bergsli og Kjetil A. van der Wel
Fakultet for samfunnsfag/Sosialforsk



Ulikheter i helse blir forårsaket av ulikheter i samfunnet – i betingelsene folk er født, vokser opp, lever, arbeider og eldes under.

Handling for å redusere ulikhet i helse trenger ingen separat helseagenda, men **tiltak rettet mot hele samfunnet.**»

Fattigdom og ulikheter



Fattigdom, en uakseptabel lav levestandard – relativt begrep.

Fattigdom er konkret og abstrakt på samme tid.

1. Konkret for de som **dårlig har økonomi og bosted**, men mer
2. Abstrakt når fattigdom beskriver mangel på **medbestemmelse og sosial tilhørighet**.

Sosial ulikhet i helse: Hva er problemet?

- **Rettferdighetsproblem:** brudd på prinsippet om like muligheter. Ulik fordeling av helse gir dårligere muligheter til å realisere livssjanser blant grupper lavere plassert i det sosioøkonomiske hierarkiet
- **Et levekårsproblem:** sviktende helse leder til sosial eksklusjon og forhindrer et aktivt, skapende og produktivt liv.
- **Velferds- og livskvalitetsproblem:** personer med lav sosial posisjon har dårligere forutsetninger for et godt liv uten lidelse, plager og smerter.
- **Folkehelseproblem:** helsepotensialet i befolkningen utnyttes ikke fullt ut.
- **Samfunnsøkonomisk problem,** som berører sysselsetting, skatteinntekter, helseutgifter og trygdeutgifter

Folkehelsearbeid

Folkehelsearbeid: samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme hele befolkningens helse gjennom å:

- svekke faktorer som medfører helserisiko, og
- styrke faktorer som bidrar til bedre helse.

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

Sosial støtte, den viktigste beskyttelsesfaktoren

De viktigste beskyttelsesfaktorene mot utvikling av psykiske lidelser er sosial støtte og utviklet mestringssevne i ulike situasjoner. Sosial støtte omfatter i første rekke:

- empati og følelsesmessig støtte fra andre mennesker, men også
- praktisk hjelp og sosial kontroll.



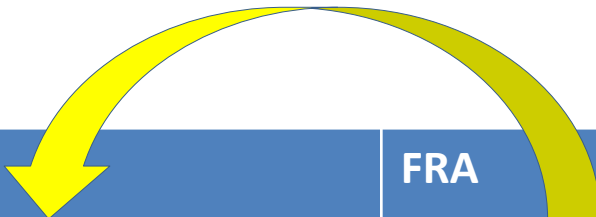
Påvirkningsfaktorer for rusmiddelproblemer er i stor grad de samme som for psykiske lidelser.

Andre:

Utdanning og arbeid, kontroll på økonomien, gode boforhold er avgjørende for helse, selvstendighet og deltakelse

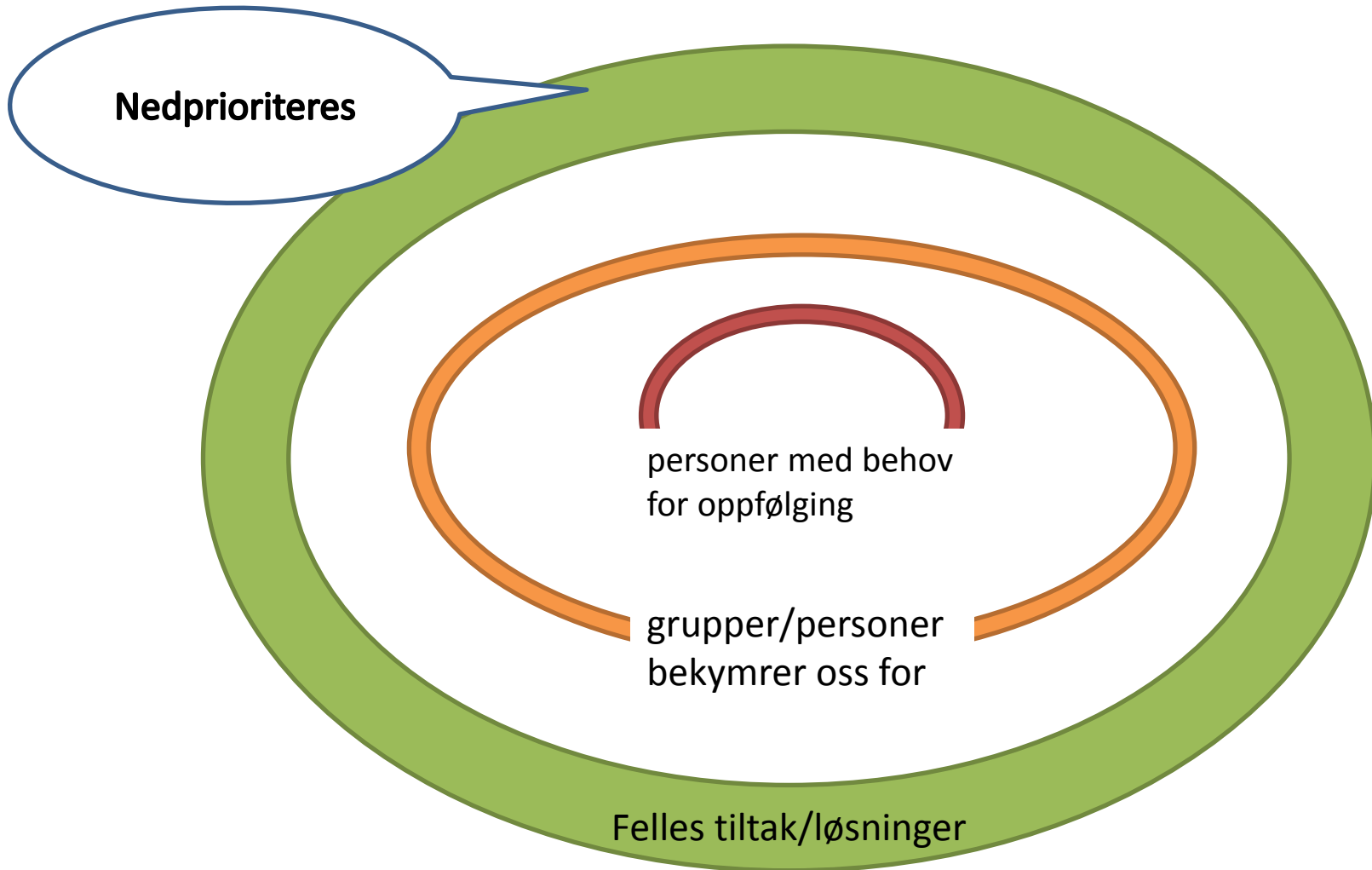
Folkehelseloven gir et nytt «mandat» for folkehelsearbeidet

– et paradigmeskifte i tekningen:



| TIL | FRA |
|---|--|
| Fokus på sosial ulikhet | Fokus på enkelte levevaner |
| Bredde tilnærming, påvirkningsfaktorer | Enkelt tiltak |
| Levekårsindikatorer | Helseindikatorer |
| Tverrfaglig tilnærming | Medisinsk tilnærming |
| Eierskap i alle sektorer | Tilhørighet i helse- og sosialsektoren |

En helhetlig tilnærming lokalt...



Hva vet vi om Nordland.....?

Alkohol, noen trender

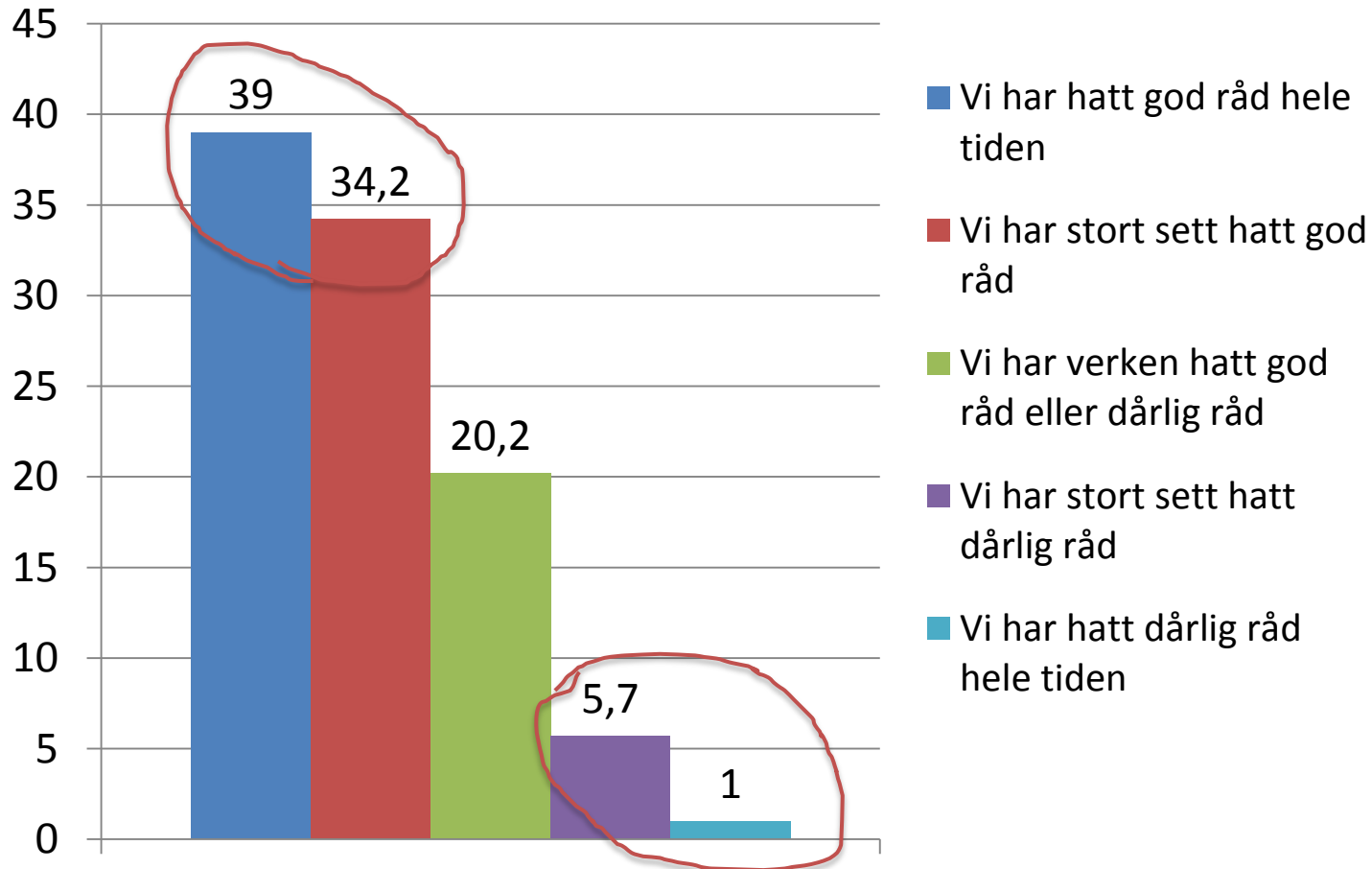


- Økt konsum av alkohol i befolkningen
- Kvinner øker konsumet
- Ungdom drikker mindre
- De med etablert stort konsum drikker mer

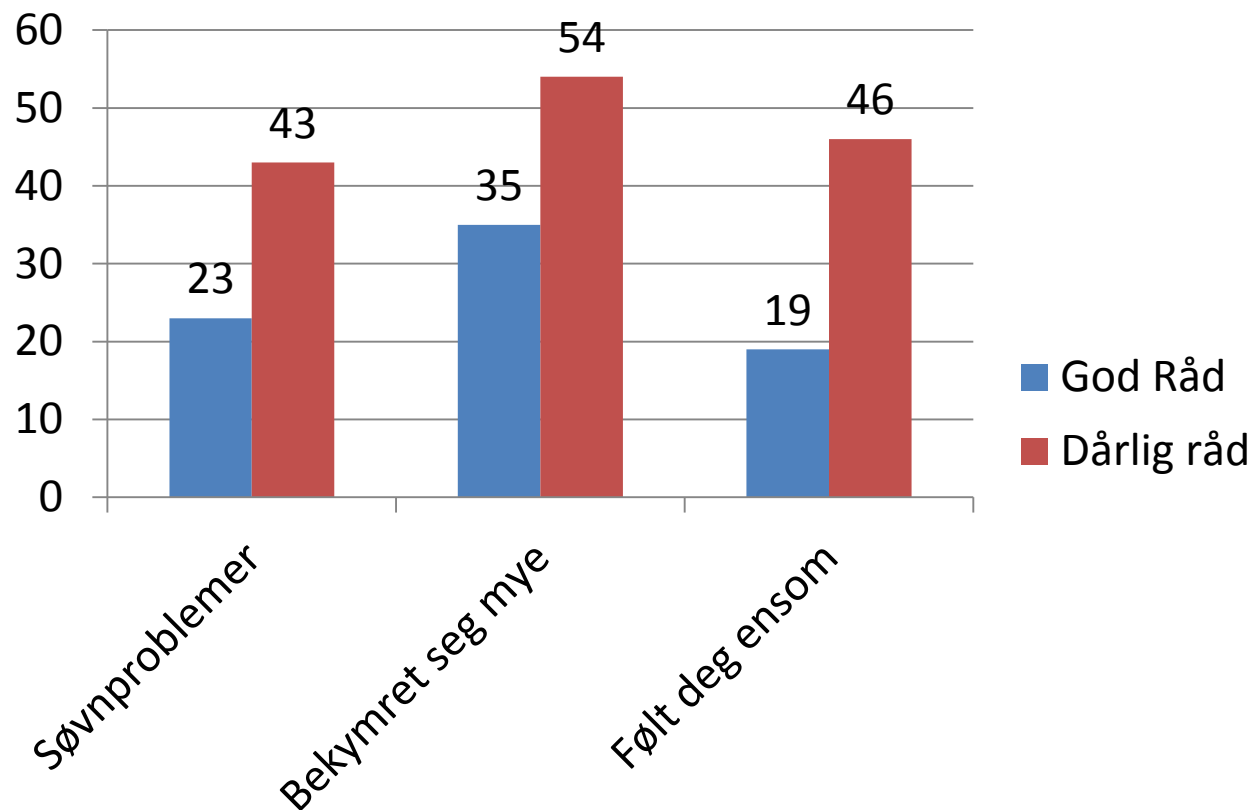
Ungdata erfaringer fra Nordland

- Undersøkelsen av elever i ungdomsskole og videregående skoler
- Ca 7% mener selv de er i familier med dårlig økonomi
- Disse er de samme elevene som har størst utfordringer i forhold til rus, psykisk helse, vold og skoletilpasning.
- Dårligere livskvalitet og mer risikoatferd blant ungdom i familier med dårlig råd. De har/er:
 - Mindre motivert for utdanning og skole
 - Mindre fornøyd med egen helse
 - Større grad av psykiske plager
 - Økt risiko ift rusmiddelbruk, kriminalitet, mobbing og vold.

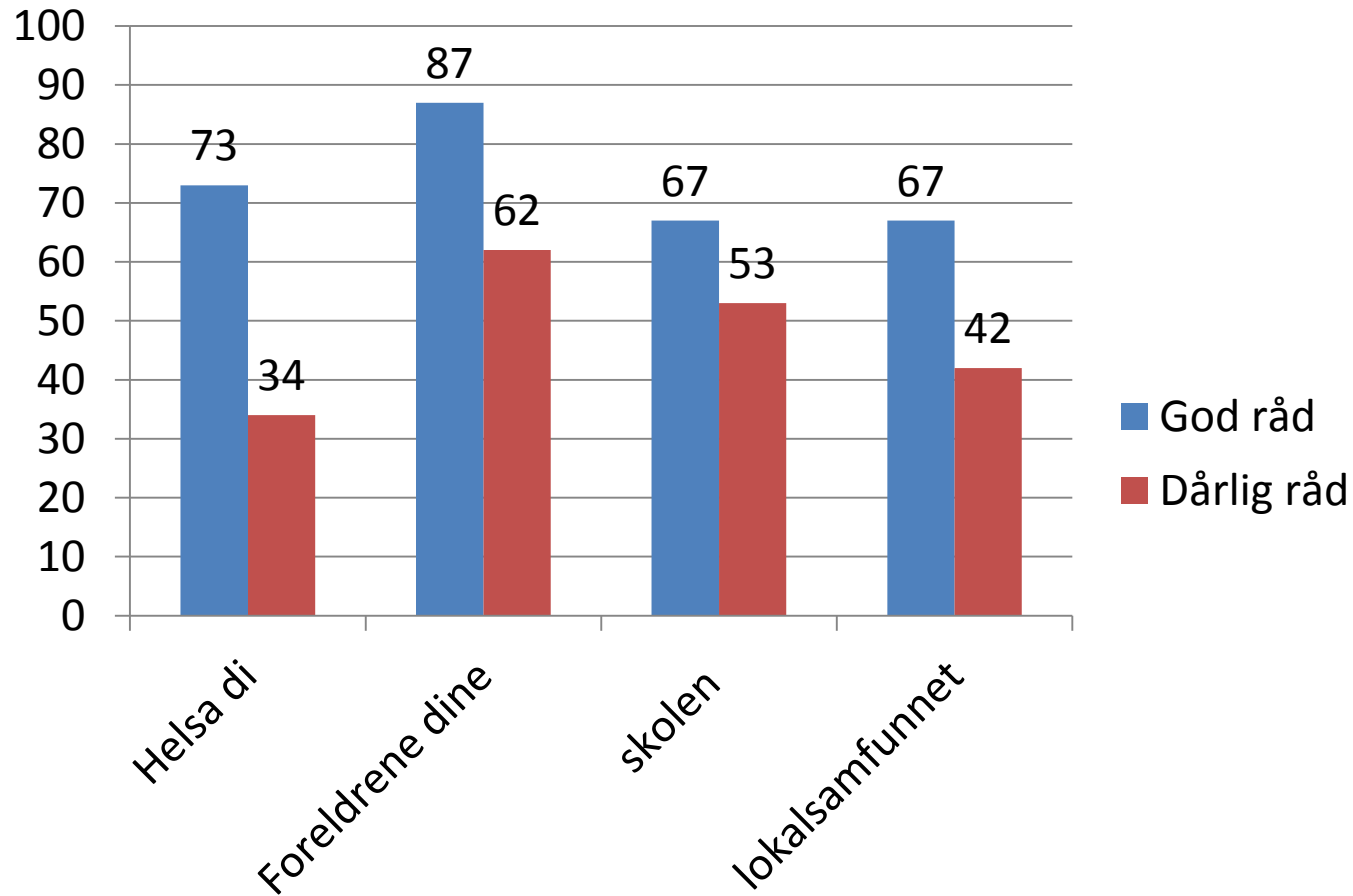
Har familien din hatt god eller dårlig råd/økonomi de siste to årene?



Har du i løpet av siste uka vært plaget av noe av dette: (andel «ganske mye og veldig mye plaget» i %)

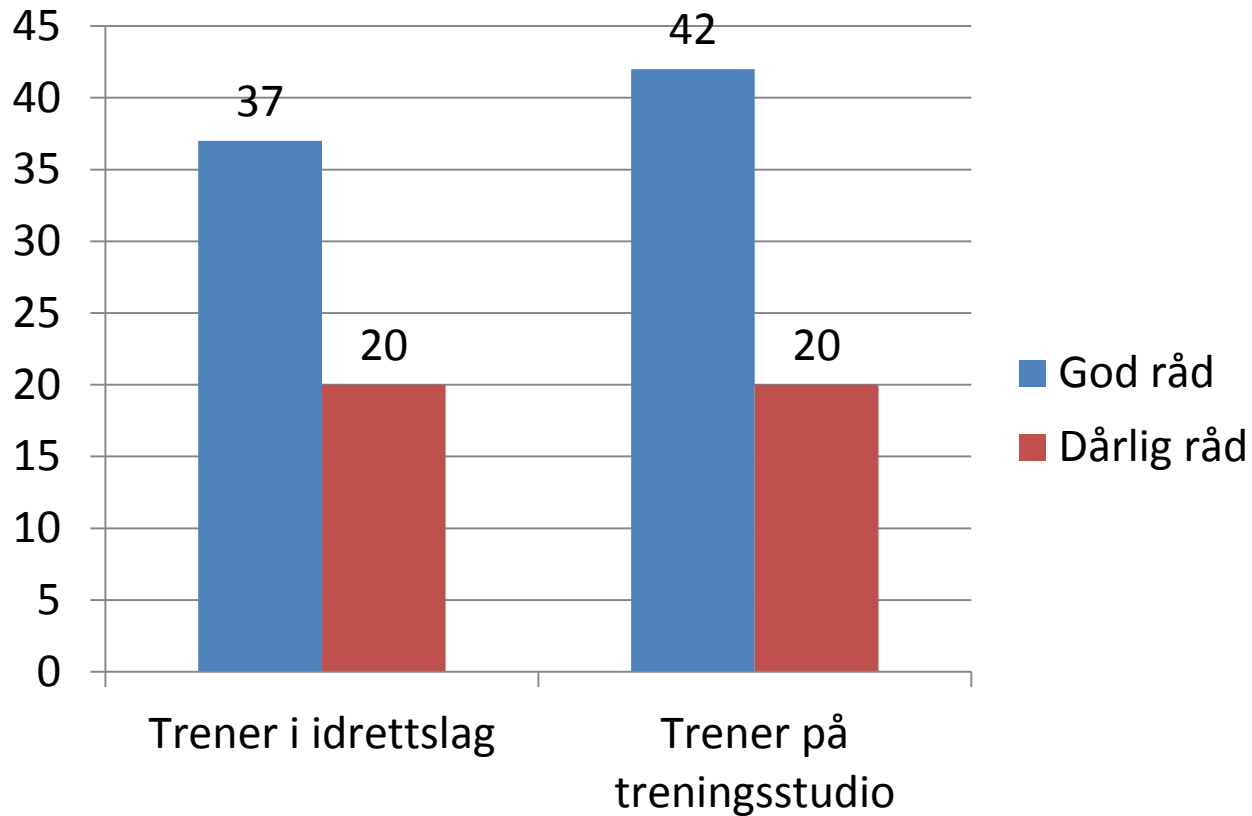


Hvor fornøyd/misfornøyd er du med ulike sider ved livet ditt? Andel «litt fornøyd» eller «svært fornøyd» i %

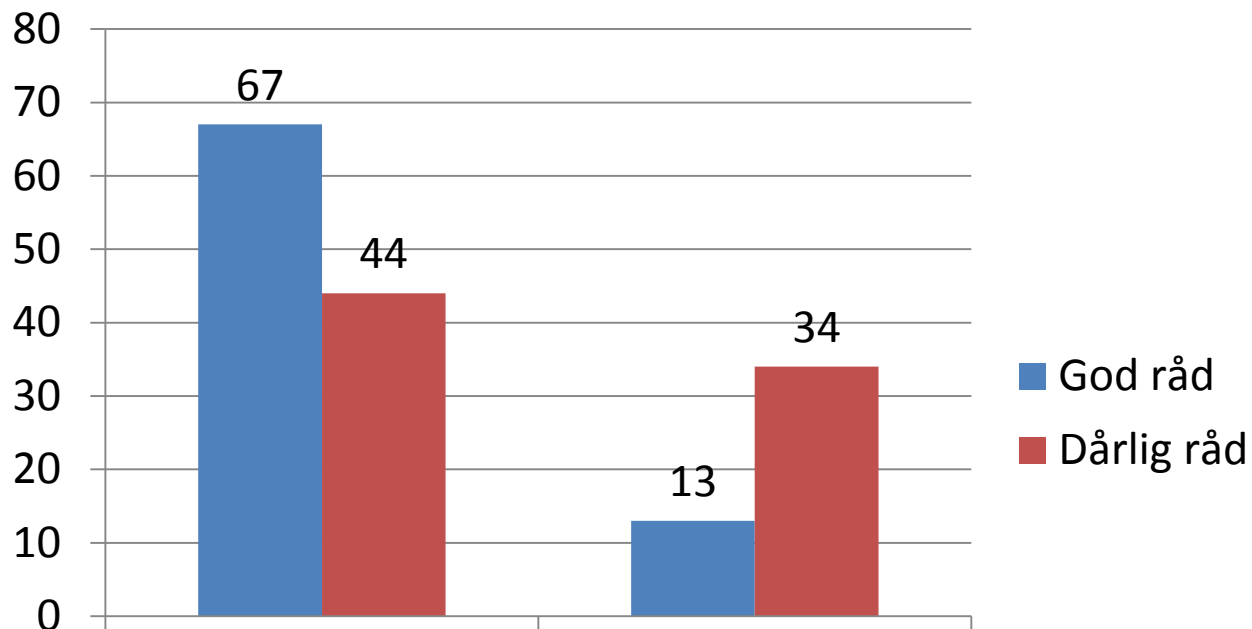


Hvor ofte trener du, eller driver med ulike aktiviteter?

Andel «1-2 ganger i uka eller mer» i %



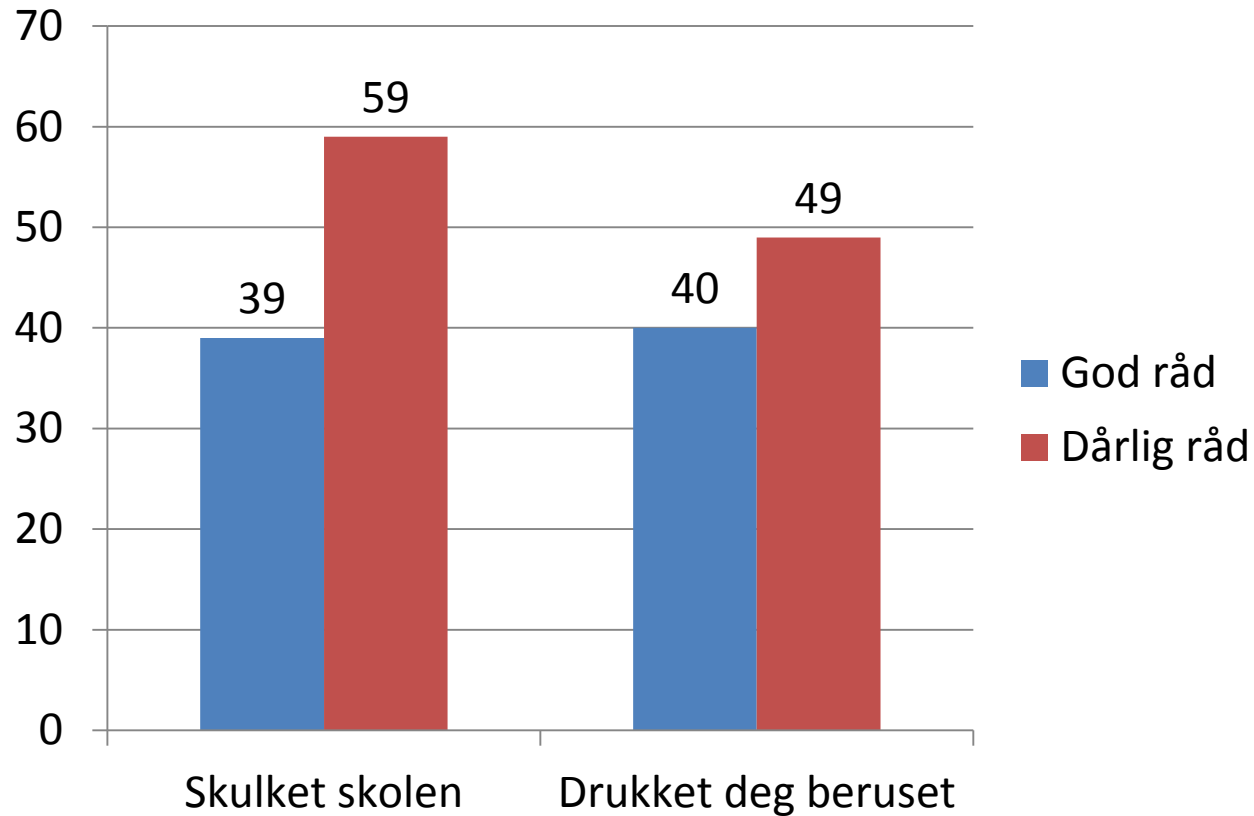
Framtid Andel «Ja» i %



Tror du at du kommer til å ta utdanning på høyskole/universitet

Tror du at du kommer til å bli arbeidsledig?

Hvor mange ganger har du vært med på, eller gjort noe av dette i løpet av siste år? Andel en gang eller mer i %



Brukerplan Nordland



Brukerplan er et verktøy som både kartlegger livssituasjonen til den enkelte rusmiddelmissbruker og rusituasjonen generelt i kommunen.

Det er hjelpeapparatet i kommunen som kartlegger «sine brukere» i kategoriene grønn, gul og rød,

- **Mange barn** lever med omsorgspersoner som har alvorlige rusproblemer.
- I alle kommuner er det en **mindre gruppe med svært alvorlige rus og psykiske helseproblem** som vi ikke klarer å hjelpe med dagens metoder.
- For svært mange er **de viktigste hjelpebehovene relatert til bolig, arbeid, økonomi og gode sosiale nettverk**, ikke til spesialisert rusbehandling.

Brukerplan, noen trekk;



Nb: tallmaterialet omfatter kun **de tjenestene kjenner**. Er registrert av kommunene selv

- **Sosial fungering og nettverk;** de yngste har dårligs fungering,
- **Økonomi og arbeid;** de yngste kommer dårligst ut, og de eldste best.
- **Bolig;** Menn har dårligere boligforhold, mens de eldre har bedre boforhold enn yngre.
- De unge ikke blir fanget opp tidlig nok – mange unge er registret på rødt og blodrødt. Mange unge som ikke blir registret – ikke er i «systemet» , men sliter..
- Totalt sett mange på rødt og blodrødt, over 50%

Samtidig rusing og psykisk lidelse mot funksjon

Nordland 2013



| | Rusing | Alle andre |
|---------------------------------|---------------|--------------|
| Psykisk helse | | |
| Økonomi rød | 35,5 % | 11,0 % |
| Fysisk helse rød | 29,8 % | 10,2 % |
| Bolig rød | 14,0 % | 10,2 % |
| Sosial kompetanse rød | 19,8 % | 10,2 % |
| Nettverk rød | 19,0 % | 10,8 % |
| Arbeid/aktivitet rød | 72,7 % | 51,6 % |
| Samlet vurdering blodrød | 48,8 % | 2,3 % |
| Antall brukere | 121 | 529 |

gruppen taper på alle livsområder

De har tjenester, men tross dette har de det dårlig

Over 70% ikke arbeid/aktivitet

Samlet Nordland 2013 og 2014 - 946 brukere

Samlet funksjonsvurdering: rusbruk, fysisk- og psykisk helse, sosial nettverk, økonomi, bolig, arbeid/aktivitet

| | alder | | | | Total |
|--------------|-------------|------------|------------|---------------|--------|
| | under 24 år | 25 – 44 år | 45 – 59 år | 60 år og over | |
| 1 Grøn | 6,1% | 10,7% | 7,6% | 12,2% | 9,6% |
| 2 Gul | 28,8% | 32,7% | 37,1% | 46,3% | 35,9% |
| 3 Rød | 56,1% | 45,2% | 46,0% | 38,8% | 45,2% |
| 4 Blodrød | 9,1% | 11,4% | 9,3% | 2,7% | 9,2% |
| Total | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Mange av de registrerte unge er dårlig

Hvorfor brukerplan kan være viktig



- Kommunene registrerer selv (Rus/psykisk helse, NAV), og systematiserer eksisterende data.
- Kommunene er langt på vei fornøyde. De får et systematisk oversiktsbilde over grupper som ofte faller utenfor.

kommunene må tak der de har store utfordringer, spørsmål som stilles;

- Hva er vår lokale boligpolitikk
- Hvordan inkludere bedre
- Hva er godt nok ?
- Hvilken oppfølging av brukerne
- Hva med de som ikke fanges opp – de unge ?

Kartleggingen nødvendigvis ikke *hele* sannheten, men:

- fører ofte til gode debatter lokalt.
- «*Tallenes tale*» løfter statusen for rusutfordringer (og psykisk helse).
- En del kommuner bruker tallene til å endre sine satsninger

Veier videre.....

Lytte til de «svake røster»

'Svake røster' blir ekskludert i politikk og samfunnsdebatten generelt. Ekskludering kan foregå på en lang rekke måter, men de mest allmenne er:

- mangelen på anerkjennelse av de 'svake røster' i offentlig planleggingen
- manglende muligheter for å inndra 'svake røster' på alternative måter enn gjennom den ordinære planprosess,
- eksklusjon av svake gruppers særlige perspektiver og behov, og
- eksklusjon av 'svake røster' fra beslutninger og implementering av planer

Erkjennelse og/eller anerkjennelse.....

- Det er viktig å skille mellom erkjennelse, og anerkjennelse av de svake i samfunnet.
- Vi kan i våre velferdsstater se et skille mellom en identifikasjon av de svake grupper gjennom en synliggjøring av dem gjennom f.eks. statistikk, identifikasjon av deres roller og formelle rettigheter.
- En *sosial anerkjennelse* handler imidlertid om hvor det finnes en innsikt hos f.eks. etniske eller marginaliserte grupper som kan bidra til f.eks. forpliktende politiske vedtak.
- Dette siste perspektiv **krever empati, evnen til å lytte til fortellinger om livet og livserfaringen med å være marginalisert** i samfunnet.
- **En ny inkluderingsetikk:** Det er kanskje denne ekskludering av levd 'mening' og det 'meningsfulle' liv i dets positive så vel som negative fasetter som ligger i en manglende empati og forpliktelse som bør være det egentlige grunnlag for en:
- **overgang fra den nåværende erkjennelse av 'svake røster' i planleggingen til en anerkjennelse av deres legitime posisjon** i en ny inkluderings- og rettighetsetikk.

BRUKERFOKUSERT ORGANISERING

: veileder sammen om...

- Målsettingen om å **sette brukeren i sentrum** forutsetter et bevisst og systematisk arbeid, og vil i mange tilfeller kreve en kulturendring i virksomheten.
- Brukerfokusert kan medføre **nye arbeidsmetoder**, i form av større vekt på oppsøkende virksomhet eller innføring av *nye samtaleverktøy*. Det kan også innebære at tjenestene bør omorganiseres for å kunne imøtekomme brukernes ønsker og behov på en bedre måte.
- Organisering av tjenester med **utgangspunkt i brukerens ønsker og behovsvurderinger** er et uttrykk for, og en anerkjennelse av, brukerkompetanse og verdien av å tilpasse tjenestene til behovene.
- Tjenestene bør utformes og tilrettelegges slik at det foreligger **ulike tilbud og reelle valgmuligheter for brukeren**.
- Et **nært samarbeid med brukerne og deres organisasjoner** i utvikling og organisering av tjenestene er en forutsetning for å etablere gode brukertilpassede tjenester.
- Det foreligger plikt til å **etablere systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer** og synspunkter. Jevnlige brukerundersøkelser, i samarbeid med brukerorganisasjonene, for å sikre at virksomhetens organisering og praksis ivaretar brukerperspektivet

Rus-psykisk helse og brukerstemmer må inn i den overordnede planleggingen i kommunene:



ANBEFALINGER- folkehelsegrep i «sammen om mestring»

Kommunen bør vektlegge **folkehelsehensyn i forvaltningen av alkoholloven**. Næringspolitiske hensyn bør balanseres i forhold til dette.

Kommunen bør legge til rette for at det etableres tilbud og **møteplasser hvor alle** kan delta ut fra sine forutsetninger.

Kommunen bør legge til rette for **fleksible og varige botilbud i gode bomiljø**, som er tilpasset den enkeltes behov. **Bolig** bør være på plass i god tid før utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten eller løslatelse fra fengsel. Tjenester i bolig kan være nødvendig for å opprettholde og mestre boforholdet.

Ordinært arbeid bør være hovedstrategien. Individuell jobbstøtte (IPS) bør utvikles og benyttes.

Økonomiske støtteordninger bør være kjent for både bruker og ansatte for å hindre at dårlig personlig økonomi fører til dårlige levekår og manglende benyttelse av tjenestetilbud.

Tiltak for å etablere et godt kosthold, fremme fysisk aktivitet og å bedre ernæringsstatus bør inngå som en del av forebygging og behandling.

Tiltak for å redusere sosiale ulikheter blant barn og unge:



1. Redusere fattigdom i barnefamilier
2. Tidlig innsats blant annet ved å styrke helsestasjonen og skolehelsetjenesten
3. Redusere sosial ulikhet i bruk av barnehage
4. Tidlig og kontinuerlig innsats for å bedre prestasjoner og redusere ulikheter i frafall i videregående opplæring
5. Reformert og tiltak i skolen må komme elever som trenger det til gode
6. Styrket og tverretattlig oppfølging av ungdom som opplever helserelevante eller sosiale problemer.

HVORDAN KOBLE
FOLKEHELSE OG PLAN ?

Flere kommuner ser utfordringer i hvordan koble folkehelse i planarbeidet. Redaksjonen utviklet en klikkbar modell til hjelp.



Folkehelse og forebygging, fire nyoppnevnte fagråd



"Snakk om rus", relansering av nettressursen



Hvordan koble folkehelse og plan ?



Gir aksept for restriktiv alkoholpolitikk

Vis flere »



Folkehelse og kommunal planlegging

Her får du hjelp til å planlegge folkehelse i din kommune. Verktøy og erfaringer med planlegging og iverksetting av folkehelsearbeid legges jevnlig ut.

[Les mer »](#)

Rusmiddelpolitisk
handlingsplan

Her får du hjelp til rusmiddelpolitisk handlingsplan
[Les mer »](#)



Rusbehandling

Her vil du finne informasjon om utvalgte tema i lokalt rusarbeid.
[Les mer »](#)

Ansvarlig
alkoholhåndtering

Ei satsing på kurs, samarbeid og god skjenkekontroll
[Les mer »](#)

KRONIKKER OG
ARTIKLER

» om møter mellom
PLANLEGGING, POLITIKK
og MEDVIRKNING

FAGINNSPILL




Kommunetorget Forum

Om Kommunetorget

- » Info om Kommunetorget
- » Lenkesamling
- » RSS-feed
- » Meld deg på nyhetsbrev
- » Tips oss


Nyttige snarveier


 Folkehelsearbeid

 Samhandling

 Samordning

 Planfaser

 Medvirkning

 Forankring

 Prosjektledelse

 Planprosess

Takk for meg

Boligmodellen Housing First

Målet er å forebygge eller avslutte langvarig bostedsløshet. Baserer seg på at bolig er en grunnleggende menneskerett. Bostedsløse skal tilbys bolig med tverrfaglig oppfølging over tid for å unngå midlertidige oppholdssteder.

Varig bolig skal bidra til stabilitet og bedret livskvalitet for bostedsløse med rus- og/ eller psykiske lidelser

Type bolig og oppfølging er individuelt, og basert på personens egne behov. Aktuelle deltakere velger selv om de ønsker å delta i prosjektet, og skal i størst mulig grad kunne velge boområde og boform selv.

Brukerens valg er en grunnleggende tanke i metoden. Erfaringen viser at deltakerne foretrekker spredt bosetting i ordinære bomiljøer.

