



Deanu - Tana helse i fokus

Deanu Álsaguovddáš - Tana Frisklivssentral

Metodeutvikling- og tilpassingsprosjekt

1. Om søker

Søker	Deanu gielda-Tana kommune
Adr	Rådhusveien 24, 9845 Tana
Organisasjonsnr	943505527
Bankkonto	4910.12.71160
Kontaktperson	Kjell Nilssen, ass rådmann
Mobil	464 00 203
e-post	Kjell.nilssen@tana.kommune.no

2. Søknad

Tana kommune søker om kr 280 000 i 2014 til utvikling og tilpassing av Deanu Álságuovddáš – Tana Frisklivssentral, slik at frisklivssentralen har utviklingsressurser for utprøving og tilpassing av metoder som danner grunnlag for helhetlig helsetjeneste for den samiske befolkningen i kommunen. Dette for å ivareta gitte føringer i samhandlingsreformen og folkehelseloven om forebygging og helsefremmende tiltak.

Tana kommune planlegger at prosjektet skal gå over to år med oppstart i februar 2014 og avslutning i desember 2015.

3. Bakgrunn

Tana kommune er i etableringsfase av en frisklivssentral i kommunen. Den offisielle åpningen av Deanu Álságuovddáš – Tana Frisklivssentral var 2. desember 2013. Dette er et tilbud for befolkningen som er særlig utsatt for livsstilsrelerte sykdommer.

Formålet med søknad om tilskudd for metodeutvikling for den samiske befolkningen i et frisklivssentral er å sette fokus på forebygging av tilvekst eller forøkning av kronikergrupper. Det å være en i prosess hvor grupper som trenger oppfølging får et reelt tilbud for å bedre egen livskvalitet og endre livsstil for de som står i fare for å utvikle livsstilsrelerte sykdommer.

Tana kommune har gjennomført kartlegging av fysisk aktivitet blant barn og unge (6-19år). (Forekomster er ikke verifisert, men brukes som en arbeidsstrategi innen enkelte fagområder, som innen helsefremmende tiltak). Kartleggingen viser at ca 60% av barn under 12 år er 2 eller flere ganger i uka i bevegelse med høy intensitet gjennom organisert trening eller med foreldrene ut i skog og mark. Det er bare 1/3 i gruppen 13-19 år som er jevnlig i bevegelse. Denne gruppen begrunner inaktivitet med "ikke tid" eller "ingen å være sammen med".

Det er ikke gjort undersøkelse om fysisk aktivitet blant voksne. Ut fra det vi ser blant barn og unge når det gjelder forekomster av fysisk aktivitet vil vi anta at samme tendens vil vi finne blant den voksne befolkningen i kommunen. Vi har lite kunnskap om den samiske befolkningen.

Signalene fra legestasjonen og helsestasjonen er at fedme blant befolkningen er økende. Det er gjort en kartlegging av 3. og 8. klassinger som danner grunnlaget for antakelsene.

Både fysisk aktivitet og kosthold er temaer som bør få større fokus for å få til en endring innen helsevanen slik at utviklingen kan reverseres.

Kommunen har ikke gjennomført en kartlegging når det gjelder røykevaner blant befolkningen. Det finnes noe for gravide, og de viser en negativ tendens i kommunen.

I folkehelsemelding 2012-2013 heter at det samiske samfunnet står i likhet med det norske overfor en rekke folkehelseutfordringer. Sammenliknet med situasjonen for de fleste urbefolkninger verden rundt har den samiske befolkningen i Norge svært god helse og gode levekår. Det finnes ikke systematiske forskjeller i helse mellom samisk befolkning og øvrig befolkning i samme geografiske område. Den samiske befolkningen har imidlertid, i likhet med den nord-norske befolkningen, på noen områder dårligere helse enn gjennomsnittet i den norske befolkningen.

Selv om mange av helseutfordringene er felles, er det likevel områder og temaer som er verdt å se nærmere på for å få bedre kunnskap om helse og levekår i den samiske befolkningen. Det gjelder for eksempel psykisk helse generelt, selvmord og brå død, inkludert ulykker, spesielt blant unge samiske menn, og økende overvekt og fedme og livsstilssykdommer som diabetes type 2.

Det er hypoteser knyttet til økt forekomst av enkelte revmatiske lidelser samt geografiske forskjeller i spedbarnsdødelighet. Det er imidlertid begrenset tilgang på data om helsen i den samiske befolkningen fordi undersøkelser om befolkningens helse i liten grad inkluderer opplysninger om samisk etnisitet. Omtalen er i hovedsak basert på resultater fra finnmarksundersøkelsene, Ung i Nord, helse- og levekårsundersøkelsen i områder med blandet samisk og norsk bosetning (Saminor-studien) og noen registerstudier koplet til folketellingen fra 1970. (Folkehelsemelding 2012-13, Meld.St. 34)

4. Deanu Álšaguovddáš – Tana Frisklivssentral

Definisjon på en frisklivssentral er en kommunal helsetjeneste som har som mål å fremme fysisk og psykisk helse samt forebygge og mestre sykdom. Målgruppen ved en frisklivssentral er personer som har økt risiko for, eller allerede har sykdommer eller utfordringer knyttet til fysisk og psykisk helse, men man trenger ikke være syk eller ha en diagnose for å være deltaker ved en frisklivssentral. I det ligger en forventning om endring av livsstil for den enkelte.

Basistilbudet ved frisklivssentralen er frisklivsresepten, som gir en periode med strukturert oppfølging. Fastlegen, annet helsepersonell og NAV-kontor kan skrive ut en frisklivsresept. Frisklivssentral er en lavterskel forebyggende helsetjeneste i kommunen.

Helsedirektoratet har kommet med føring på organisering av frisklivssentral:

Frisklivssentralen er en forebyggende helsetjeneste. Dette er i tråd med Helse- og omsorgstjenestelovens formål og virkeområde, jf. § 1-1: "...forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne»⁸³. Frisklivssentralen bør inngå som del av kommunens forebyggende tjeneste.

Ressursbehov vil variere ut fra antall innbyggere og oppgaver frisklivssentralen har utover kjernetilbudet. Med bakgrunn i erfaringer fra eksisterende frisklivssentraler, anbefales det minimum 100 % stillingsressurs knyttet til frisklivssentral.

(lest 10.1.13: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-kommunale-frisklivssentraler-/Sider/default.aspx> s.22)

Organisering av frisklivssentral i Deatnu-Tana er:

Kommunelegen har det øverste faglige ansvaret for tiltaket (økonomi og ledelse)

Fastleger henviser deltagere til frisklivsresept, basert på en medisinsk vurdering av behov, tilby forebyggende tiltak. Ansvarlig for den medisinske oppfølgingen, og samarbeid om oppfølging av den enkelte bruker.

NAV henviser deltakere til frisklivsresept som en del av oppfølgingen ved NAV.

Frivillig sektor, avklare samarbeidsmuligheter – spesielt i utslusning av deltakere fra frisklivssentral.

Det er ønskelig at frisklivssentralen skal utvikle et bredere tilbud og rekruttere mer tverrfaglig personell og samarbeide mer med frivillige organisasjoner. Det er fortsatt behov for kunnskapsbaserte tiltak som er rettet både mot personer og grupper i befolkningen som har behov for hjelp til å endre helseatferd. Frisklivstilbudet vil være et viktig element i utviklingen av framtidens helsetjeneste i tråd med samhandlingsmål om forebygging og tidlig innsats.

Fra frisklivssentral kom i drift er kompetanseheving vært prioritert. De som i dag er knyttet til frisklivssentralen er en helse og treningsfysiolog i 50% stilling, en fysioterapeut i variabel stilling og i tillegg er det tett samarbeid med leger og helsesøster i forhold til barn og unge med fedme. Av den staben er det bare fysioterapeuten som ikke er samisktalende.

I dag er det 22 henvisninger i alderen 14 år – 70 år. Gruppen 50 – 65 år er den største gruppen. Av disse deltakerne er rundt 50% samisktalende. Målet er å gi et bredere tilbud for barn og unge.

5. Kunnskapsgrunnet for tiltaket

Statlige føringer legger til grunn for at det skal være et bredt perspektiv på utviklingen av et mer helsefremmende samfunn. Det gjelder alt fra barnehagene og skolen, nærmiljø og fritid som for eksempel idrett og kultur, til arbeidsplassen og trafikken, til byplanlegging og møte med næringsinteresser. Dette går til kjernen av politikken, som har betydning av rettferdig fordeling og vilje til omfordeling. Folkehelsepolitikken skal også ivareta urfolk, nasjonale minoriteter og innvandreres behov, for eksempel når det gjelder kulturell forståelse og språk. Det skal legges vekt på den betydningen kunnskap og holdninger om etniske grupper har for helsen og for utforming av folkehelse tiltak. Alt dette er god folkehelsepolitikk. (Helse- og omsorgsdepartementet).

I dette arbeidet vil en frisklivssentral være en viktig premissleverandør for forebyggende og helsefremmende arbeid. Dette betinger at sentralen har oversikt over utviklingen av helsetilstand blant befolkningen i kommunen og kan være tidlig på banen for å påpeke kunnskaps- og kompetansebehovet for å nå målsetning med tidlig intervensjon.

5.1 Noen trekk ved kommunens folkehelse

I folkehelseprofil for Tana kommune 2014 er temaområdene valgt med tanke på mulighetene for helsefremmende og forebyggende arbeid. Indikatorene tar høyde for kommunens alders- og kjønns sammensetning, men all statistikk må også tolkes i lys av kunnskap om lokale forhold.

Om befolkningen

- Andelen eldre over 80 år i 2020 er estimert til å være høyere enn i landet som helhet.
- Andelen som bor alene er ikke entydig forskjellig fra landsnivået.

Levekår

- Andelen med videregående eller høyere utdanning er lavere enn landsnivået.

- Kommunen er ikke entydig forskjellig fra landet som helhet når det gjelder andelen barn (0-17 år) som bor i husholdninger med lav inntekt. Lav inntekt defineres her som under 60 % av nasjonal medianinntekt.
- Andelen barn med enslig forsørger er høyere enn i landet som helhet.

Miljø

- Datagrunnlaget på temaområdet miljø er begrenset. Les mer om miljø og helse på midtsidene.
- Andelen med skader er ikke entydig forskjellig fra landsnivået, vurdert etter sykehusinnleggelser.

Skole

- Andelen 10.-klassinger som trives på skolen er lavere enn i landet som helhet.
- Det er utilstrekkelig tallgrunnlag for å vise statistikk på andelen 5.-klassinger som er på laveste mestringsnivå i lesing.
- Frafallet i videregående skole er høyere enn i landet som helhet.

Levevaner

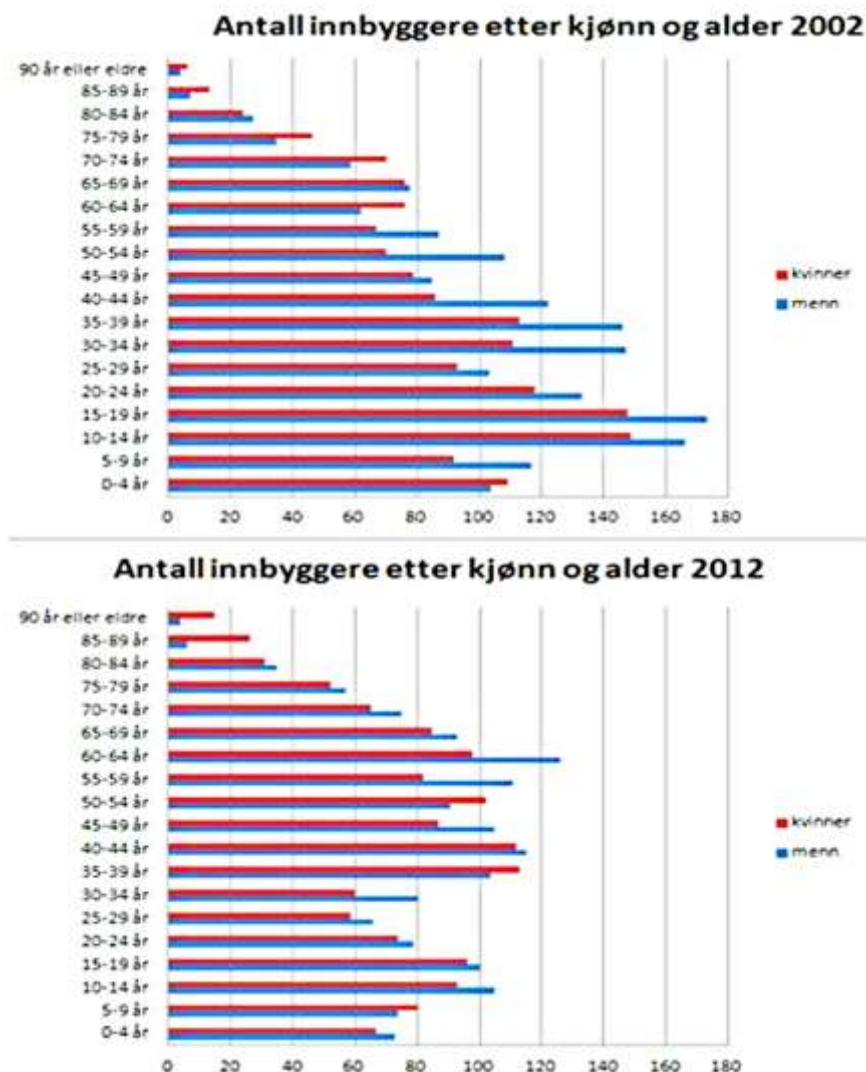
- Det finnes lite statistikk på levevaner. Indikatorer på temaområdet helse og sykdom kan gi informasjon om befolkningens levevaner.
- Overvekt ser ut til å være mer utbredt enn i landet som helhet, vurdert etter andelen menn med KMI > 25 kg/m² på sesjon.

Helse og sykdom

- Forventet levealder for menn er lavere enn i landet som helhet.
- Andelen med psykiske symptomer og lidelser er høyere enn i landet som helhet, vurdert etter data fra fastlege og legevakt.
- Utbredelsen av hjerte- og karsykdommer er ikke entydig forskjellig fra landsnivået, vurdert etter sykehusinnleggelser.
- Sykdommer og plager knyttet til muskel- og skjelettsystemet ser ut til å være mer utbredt enn i landet som helhet, vurdert etter data fra fastlege og legevakt.
- Tykk- og endetarmskreft ser ikke ut til å være entydig forskjellig fra landsnivået, vurdert etter antall nye tilfeller.

5.2 Faktorer som har betydning for folkehelsen

Befolkningsstruktur



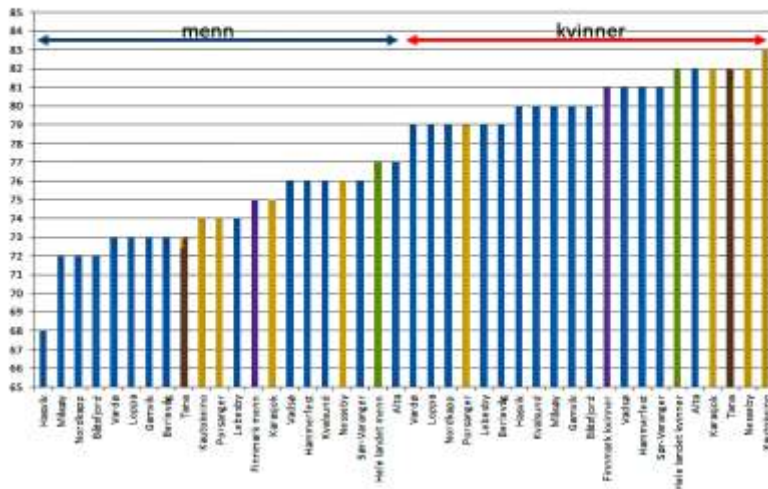
Figuren viser befolkningsstrukturen i 2002 og 2012. I 2002 var det mange innbyggere i aldersgruppen 10-19 år. Antall kvinner pr. menn i aldersgruppen 30-39 år var lav. Kjønnssammensetningen har jevnet seg ut fram til 2012. Det er i dag betydelig flere menn i aldersgruppen 30-34 år og i aldersgruppene 45-49 år og 55-64 år.

Kjønnsskjevheten i aldersgruppen 55-64 kan få betydning for fremtidig etterspørsel etter tjenester for disse gruppene. Lavt antall unge i aldersgruppen 25-34 år medfører lavt antall fødsler i forhold til tidligere samt at utsiktene til økning i fødselstallene ikke er realistisk.

Barn og unge som var i aldersgruppen 10-19 år i 2002 er i dag i aldersgruppen 20-29 år. Figuren viser at svært få av denne aldersgruppen er vendt tilbake til Tana i perioden.

Befolkningsstrukturen er et resultat av at det har vært ungdom og barnefamilier som har vært de mest mobile. Det har vært en betydelig reduksjon i aldersgruppen 25-34 år, dvs. blant unge som er i en etableringsfase. Kommunen ser ut til å være lite attraktiv som bosted for denne gruppen. Mange av de som var i aldersgruppen 10-25 år i 2002 er i dag ute av kommunen. Utdanning er en viktig årsak til det.

Forventet levealder gjennomsnitt 1997-2011



Det er 9,5 år forskjellen i levealder mellom kvinner og menn i Tana. Dette er høyere enn ellers i Finnmark. Årsaksfaktorene kan være ulykker, selvmord og rusrelatert adferd.

5.3 Oppvekst, utdanning, inntekt og arbeidsliv

Levekår skapes som et resultat av ressurser, og sees i sammenheng med fordeling av helse i befolkningen. Sosiale helseforskjeller er et sluttprodukt av sammenhengende og kompliserte årsakskjeder som påvirkes av blant annet utdanning, inntekt og yrke. Det er en tydelig sammenheng mellom slike faktorer på den ene siden, og helsetilstand og forventet levealder på den andre siden. Forskning viser at høyere sosioøkonomisk status gir bedre helse og høyere levealder enn lav sosioøkonomisk status.

Det er klare utfordringer relatert til faktorer som omhandler barn og unges hverdag i Finnmark. Når det gjelder trivsel, mobbing og leseferdigheter viser undersøkelser at Finnmark kommer dårligere ut. Antallet aleneforsørgere er høyere i Finnmark, og det samme gjelder barnevernstiltak. Frafall fra videregående skole er høyt. Dette utgjør til sammen en del av et større bilde med tanke på barn og unges helseutvikling.

Arbeidsledighet og sykefravær ligger også høyere, mens inntektsulikheter og antallet mennesker i lavinntektsgrupper ligger under landsnivået. Det sistnevnte er positivt for folkehelsen. (Finnmark fylkeskommune)

Oppvekst og skole

Oppvekstvilkårene påvirkes av forhold i familien, barnehagen, skolen, i fritidsaktivitetene og de fysiske omgivelsene i nærmiljøet. Det handler også om velferdsordninger som kan være med å utjevne sosiale forskjeller.

De fleste norske barn har trygge levekår og gode utviklingsmuligheter. Det er imidlertid noen forskjeller i materiell levestandard, som også berører barn og unge. Til tross for god inntektsutvikling generelt i samfunnet er det noen barn som lever i familier med vedvarende lavinntekt. Generelt i Norge har andelen barn i lavinntektsfamilier økt og andelen barn med innvandrerbakgrunn i denne gruppen er blitt større.

I tillegg preges hverdagen for noen barn av omsorgsvikt, vold, rusproblemer, fattigdom eller krenkelser som mobbing, rasisme og diskriminering. En helsemessig god utvikling i barneårene er en

av de viktigste byggesteinene for helse gjennom livet. Dette krever stimulering av fysisk, kognitiv, sosial og følelsesmessig utvikling. Dårlige levekår i barndommen innebærer ofte et usunt og lite allsidig kosthold og lite fysisk aktivitet. På samme måte kan psykososialt stress i følsomme barne- og ungdomsår ved manglende trygghet, mobbing og omsorgssvikt føre til psykiske plager.

I Tana er det utfordringer relatert til skole som omhandler mobbing, trivsel og leseferdigheter. Og fra en folkehelse perspektiv knyttet til kosthold og fysisk aktivitet. Kartlegging innen vold, omsorgssvikt, overgrep og rasisme er mangelfull.

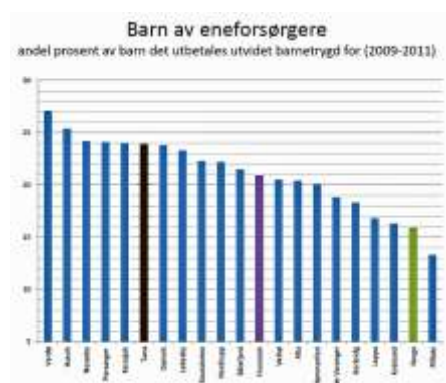
Barnevern

Finnmark har høyest andel barn med barnevernstiltak, og har hatt en økning i andelen barn med omsorgstiltak og hjelpetiltak i perioden fra 2000 til 2009. Det totale antallet økte med henholdsvis 7,8 prosent og 63 prosent (Finnmarksstatistikken, 2010). Tana har den laveste andel barn på tiltak.



Barn av eneforsørgere

Barn av eneforsørgere antas å være en utsatt gruppe, både økonomisk og sosialt. Hvorvidt det gjelder for Finnmark er usikkert. Andelen barn med enslig forsørger er høyere i Finnmark enn i landet som helhet og Tana ligger over fylket gjennomsnitt.

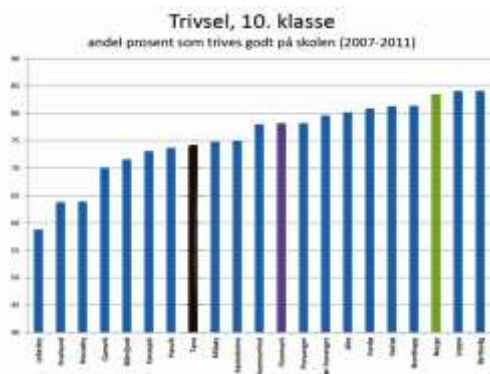


Andelen barn 0-17 år som det utbetales utvidet barnetrygd for, i prosent av alle barn 0-17 år som det utbetales barnetrygd for. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder).

Trivsel i Tana

Økt trivsel er et sentralt mål for folkehelsearbeidet. For barn og unge er skolen en svært viktig sosial arena. Trivsel på skolen er en av en rekke faktorer som påvirker elevenes motivasjon for å lære, og dermed deres evne til å mestre de utfordringene skolehverdagen gir. Trivsel kan på lengre sikt ha betydning for frafallet blant elever i den videregående skolen, hvor hull i kunnskapsgrunnlaget fra ungdomsskolen er en viktig medvirkende årsak til frafall. Videre kan skoletrivsel knyttes til livstilfredshet, spesielt for jenter.

Trivsel målt hos barn i 10. klasse viser at andelen barn som trives på skolen er lavere i Tana enn gjennomsnittet i fylket.



Andel elever som trives godt på skolen i prosent av alle som svarte på undersøkelsen. Statistikken viser 5 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 5-årsperioder). De angitte årstallene er siste årstall (våren) i hvert skoleår.

Utdanning

Det er en klar sammenheng mellom utdanning og helse. Utdanningslengde, eller særlig det å fullføre et helt utdanningsforløp, gir helsegevinst. Den største helseforskjellen finner vi mellom dem som fullfører videregående skole og dem som faller ut av videregående skole.

Utdanningsnivået i Finnmark er lavere enn nasjonalt gjennomsnitt. En særlig utfordring er knyttet til gjennomføring i videregående opplæring. (Finnmark fylkeskommune).

Frafall i videregående skole i Tana

Det er en dokumentert sammenheng mellom utdanningsnivå og helse. Personer som ikke har fullført videregående utdanning antas å være vel så utsatt for levekårs- og helseproblemer som de som har valgt ikke å ta mer utdanning etter fullført ungdomsskole.

Frafallet i videregående skole er mye høyere i Finnmark enn i landet som helhet og Tana noe mindre frafall enn fylkes gjennomsnittet.



Frafallet inkluderer personer som startet på grunnkurs i videregående opplæring for første gang et gitt år og som har gjennomført VKII eller gått opp til fagprøve, men som ikke har bestått i ett eller flere fag og derfor ikke har oppnådd studie- eller yrkeskompetanse etter 5 år, samt elever som startet opp dette året, men som sluttet underveis. Andelen blir beregnet ut fra prosent av alle som startet grunnkurs i videregående opplæring det året. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. (NB. Personene knyttes til hjemkommune ved oppstart på grunnkurs, ikke til hvilken skole de går på)

Høyeste fullførte utdanningsnivå i Tana

Andel av befolkningen i Finnmark med universitets- eller høyskoleutdanning er også lavere sammenlignet med nasjonalt gjennomsnitt og Tana ligger under gjennomsnittet til fylket. Tana kommer dårligere ut enn andre samiske kommuner på utdanningsnivået blant befolkningen.



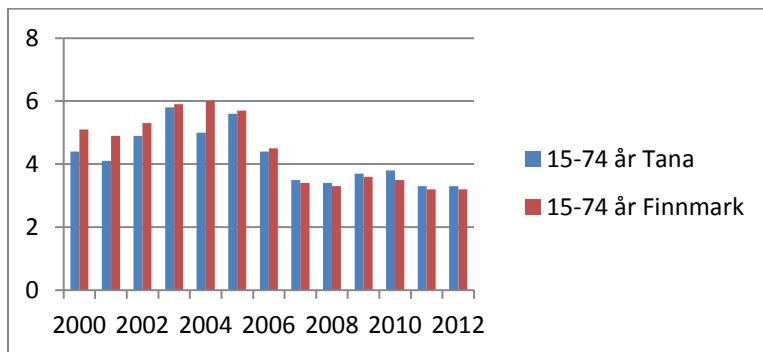
Andel personer med et gitt utdanningsnivå som høyeste fullførte utdanning i prosent av alle med oppgitt utdanningsnivå. Årlige tall.

Arbeidsdeltagelse

Arbeidsledige antas å være en utsatt gruppe, både økonomisk, helsemessig og sosialt. Personer utenfor arbeidsmarkedet har gjennomgående dårligere helse enn dem som er i arbeid. Arbeid har viktige sosiale, psykologiske og økonomiske funksjoner. Arbeid strukturerer hverdagen, kan gi mening og bidra til bedre selvbilde. Manglende tilknytning til arbeidslivet kan øke risikoen for helseproblemer både på kort og lang sikt. Arbeidsledighet er ofte forbundet med dårlig økonomi og sosial utstøting. Det er en sammenheng mellom arbeidsledighet og psykisk helse hos unge voksne.

Arbeidsledighet i Tana

Den totale arbeidsledigheten i Finnmark er høyere enn landet som helhet, og Tana ligger omtrent på fylkes gjennomsnittet.



Registrerte arbeidsledige i prosent av arbeidsstyrken. Årlige tall.

Statistikken omfatter alle personer som står registrert i NAVs arbeidssøkerregister enten som helt arbeidsledig eller som deltaker på et arbeidsmarkedstiltak (vanlige arbeidssøkere i ordinære tiltak og yrkeshemmede i tiltak). Registrerte arbeidsledige omfatter i utgangspunktet alle aldre, men det er svært få under 16 år eller over 66 år. Arbeidsstyrken inkluderer personer i alderen 15-74 år.

Sykefravær i Tana

Sykefraværet har gått ned, men Finnmark har fortsatt det høyeste sykefraværet i landet.



Personer i husholdninger med inntekt under 60 % av nasjonal medianinntekt, beregnet etter EU-skala. Årlige tall. EU-skala er en ekvivalensskala som benyttes for å kunne sammenligne husholdninger av forskjellig størrelse og sammensetning. Ulike ekvivalensskalaer vektlegger stordriftsfordeler ulikt. EU-skalaen er mye brukt, og i følge den skalaen må en husholdning på to voksne ha 1,5 ganger inntekten til en enslig for å ha samme økonomiske levekår. Barn øker forbruksvektene med 0,3 slik at en husholdning på to voksne og to barn må ha en inntekt som er $(1 + 0,5 + 0,3 + 0,3)$ ganger så stor som en enslig for å ha det like bra økonomisk i følge EU skalaen.

Tana kommer lavere enn fylkets gjennomsnitt på inntektsnivået blant befolkningen.

Overvekt og fedme i Tana

Overvekt er et større problem i Finnmark enn i landet som helhet, vurderte etter andelen menn mellom 17- 25 år med KMI over 25, på sesjon. Noen kommuner i Finnmark har nesten dobbelt så stor forekomst av overvekt/fedme hos denne gruppen enn landsgjennomsnittet. Tana ligger rundt fylkets gjennomsnitt.



Andel seksjonerte med overvekt eller fedme (dvs. KMI over 25(kg/m²)) i prosent av alle menn på sesjon. Statistikken viser 7 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 7-årsperioder).

Samisk befolkning

Med utgangspunkt i rapportene Samiske tall forteller kan situasjonen i den samiske befolkning oppsummeres på følgende måte:

- Det er ikke funnet markante forskjeller i helse mellom den samiske befolkningen og den ikke-samiske del av befolkningen slik som det er rapportert for noen andre urfolksgrupper.
 - Antall sysselsatte i primærnæringene reindrift, jordbruk og fiske i samiske bosetningsområder er redusert i løpet av de siste årene. Nedgangen i antall årsverk i samisk reindrift utgjør i gjennomsnitt 16 prosent i tidsrommet 1990 til 2008. I samme tidsrom ble antall fiskere i de fleste kommunene innenfor området for støtte fra det samiske utviklingsfondet redusert med mellom 50 og 60 prosent. Mye tyder på at antall sysselsatte i jordbruket også går ned. I tidsrommet 1989 til 2005 var nedgangen i antall gårdsbruk på nærmere 60 prosent.
 - I 2011 var det 61 barnehager som hadde samisk tilbud. Den langsiktige trenden er at antall barn i samiske barnhager og barnehageavdelinger går ned, mens antall barn med annet samisktilbud i barnehager stiger.
 - Antall elever med samisk som førstespråk i grunnskolen viste en nedgang på 3,2 prosent fra skoleåret 2010–2011 til skoleåret 2011–2012. Sammenliknet med skoleåret 2005–2006, har nedgangen vært på omlag 6 prosent.
 - Det var 1213 elever med samisk som andrespråk i grunnskolen i skoleåret 2011–2012, en nedgang på fem prosent fra året før. Siden skoleåret 2005/2006 har det vært en nedgang på 41 prosent.
 - Antall elever med samisk som andrespråk i videregående opplæring har økt fra 152 i skoleåret 2008–2009 til 206 elever i skoleåret 2011–2012 (dette gjelder for fylker som har mer enn fem elever med samisk som andrespråk).
 - Utdanningsnivået i befolkningen mellom 24 og 65 år i området for støtte fra det samiske utviklingsfondet viser at det er flere enn landsgjennomsnittet som ikke fullfører videregående utdanning på normert tid og flere som ikke fullfører. Det gjelder spesielt gutter. Bildet er tydeligst på yrkesfaglig studieretning.
 - Det er imidlertid en relativt høy andel kvinner i området får støtte fra det samiske utviklingsfondet som har fullført universitets- eller høyskoleutdanning. Blant menn er andelen lavere enn landsgjennomsnittet.
- (Finnmark fylkeskommune, 2013)

6. Søknad om tilskudd til utvikling av kommunalt oppfølgingstilbud

Samhandlingsreformen åpner for at kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON). Videre gir det en mulighet for å se nye veier ved valg av ulike fagprofesjoner og at man evner å utvikle en samlet tjeneste som gjør bruk av faglige egenskaper og fortrinn hos den enkelte gruppe. Dette for å sette større fokus på å mestre og redusere kronisk sykdomsutvikling.

Tana kommune ønsker å rette innsatsen mot forebygging av livsstilsrelaterte sykdommer og spesielt gjelder å få økt kunnskapsgrunnlaget blant den samiske befolkningen.

Tiltaket rettes mot hele befolkningen i kommunen. Dette for å sikre at prosjektet når en større gruppe enn ved begrenset i henhold til alder. En større populasjon kan bidra til sikring av bruk av tjenesten som skal danne et bredere erfaringsgrunnlag.

6.1 Bakgrunn for tiltaket

En frisklivssentral kan defineres som en mellomliggende tjenestetilbud mellom helsetjenesten og folkehelsearbeidet i kommunen. Helsetjenesten har i hovedsak fokus på behandling av sykdommer og senkomplikasjoner. Folkehelsearbeidet skal ha fokus på å fremme og vedlikeholde befolkningens helse ved å ta hensyn til sosial karakter, miljøfaktorer, levevaner, økonomiske forhold og biologiske forutsetninger. For å ta påvirkningsfaktorene på alvor så fordrer det et bredt og tverrsektorielt folkehelsearbeid. Frisklivssentralen blir en lavterskel helsetilbud.

Stor andel av befolkningen i Tana oppfatter seg selv som samer (vanskelig å tallfeste). Tana kommune har ansvar for tilrettelegging av helsetilbud for den samiske befolkningen som er forankret i det kulturelle og språklige forståelsen. Ved oppbygging av en frisklivssentral vil det forventes at språket og det flerkulturelle aspektet blir ivaretatt.

Mange av helseutfordringene i det samiske samfunnet er felles med det norske, men det finnes temaer som vi ønsker å få bedre kunnskap om innen helse og levekår blant den samiske befolkningen.

Det å utvikle en sentral tilpasset det flerkulturelle samfunnet hvor lokale elementer blir tatt hensyn til, og en forståelse for å kunne bygge opp et tjenestetilbud som ivaretar formålet med lavterskel tilbud for de ulike etniske grupper. For Tana vil det være viktig å bygge opp et tjenestetilbud med tanke på forebygging livstilsrelaterte sykdommer, siden statistikken ikke er på vår side.

Det vi vet er at mange av livstilsrelaterte sykdommer har en viss sammenheng med kosthold. Vi har behov for å øke kunnskap om reinkjøtt, laks og andre råvarer som er naturbasert i Tana og hvilke helsepåvirkninger de har i forhold til enkelte forekomster av kreftformer eller diabetes2.

Det vil være behov å kartlegge opphoping av muskel- og skjellett lidelser i kommunen. Hvorfor er det høy forekomster av denne type lidelser? Annet område som også har høy forekomst er psykisk helse som depresjon. Målet er å få svar på noe av disse spørsmålene i prosjektperioden.

6.2 Formål

Formålet med tiltaket er å utvikle en modell hvor forebygging og helsefremmende arbeid er sentrale.

- Metodeutvikling for forebygging av livstilsrelaterte sykdom blant den samiske befolkningen
- Øke kunnskap om lokale mattradisjonens påvirkning på helse
- Utvikling av tiltak hvor lokale mattradisjoner og fysisk aktivitet blir førende for tiltaksbygging
- Holdningsendring og kunnskapsoverføring i forhold til fysisk aktivitet, kosthold og røyking.
- Utviklingsarbeid for å knytte frivillige organisasjoner til frisklivssentral

6.3 Delmål

Tiltak	Beskrivelse	Ansvarlig
Ansettelse av prosjektmedarbeider		Rådmann
Kurs/hospitering	Kunnskapsoppdatering	frisklivssentral
Lokalkunnskap	Opparbeide lokalkunnskap som skal danne grunnlaget for nye livsstil innen fysisk aktivitet og kosthold. I det ligger kunnskap om mattradisjoner og påvirkning på helsa.	frisklivssentral
Kurs for brukere	Holdningsendring, endring av matkultur, tobakksvaner og fysisk aktivitet.	Frisklivssentral Brukere
Tiltakskjede	Kreative tiltak som skaper endringskultur	Frisklivssentral Fastlege

		Helsesøstre NAV Kulturenhet
Metodeutvikling	Systematisering og utprøving av tiltak	Frisklivssentral Fastlege
Utarbeide testverktøy	Kunnskap om utvikling og effekt av tiltakene	Frisklivssentral Fastlege
Informasjonsmateriell på samisk	Utarbeide brosjyrer på samisk	Frisklivssentral Informasjons- og serviceavd
Rapportering/evaluering	Utarbeide en rapport hvor resultater av tiltak fremgår.	Utv.avd Barnehagekons Lege, helsesøster og fysioterapeut

6.4 Målgruppe

Målgruppen for tiltaket er:

- a. Samisk befolkning som er i faresone for utvikling av livsstilsrelaterte sykdommer (barn – voksne)
- b. Lokal befolkning som har utviklet livsstilsrelaterte sykdommer

6.5 Problemstilling/utfordring

Forebygging er et viktig element i samhandlingsreformen. Med utgangspunkt i de framtidige helseutfordringene er det behov for å styrke de forebyggende helsetjenestene i kommunen. Målsetningen vil være å benytte og videreutvikle dokumenterte tiltak som reduserer og påvirker individets egenmestring, og reduserer risikoen for sykdomsutvikling. (St.meld 34 (2012-2013)).

Målet med frisklivssentral som et bindeledd mellom helsetjenesten (det offentlige), brukere og den frivillige sektoren i kommunen gir en visjon ”det gode livet i Tana”. Helsetjenesten og NAV som den henvisende instans, frisklivssentral som veiledende tjeneste, bruker som styrer egen helse og frivillige organisasjoner som et sosialt møttested med idrett, fysisk aktivitet og kulturtilbud gir en god samarbeidsarena.

6.6 Organisering

Frisklivssentralen skal organisatorisk ligge under kommunelegen. Dette for å øke innsatsen på forebyggende intervensjon for å fange opp risikopersoner og sette inn forebyggende tiltak tidlig. Samtidig er det viktig å komme i gang med tiltak for enkelt risikogrupper for å hindre forverring og senkomplikasjoner gjennom tiltak overfor pasienter som allerede har et definert helseproblem.

Henvisningsinstanser utenom kommunelege og fastlege er NAV og andre helsepersonell. Frisklivssentral er et lavterskeltilbud slik at det skal være mulig for enkelt riskogrupper og kronikergrupper å gjøre henvendelse til sentralen uten henvisning.

Ansvarslinjene i prosjektet

Rådmannen er den øverste ansvarlig av tiltaket

Kommuneoverlegen har det faglige ansvaret for tiltaket

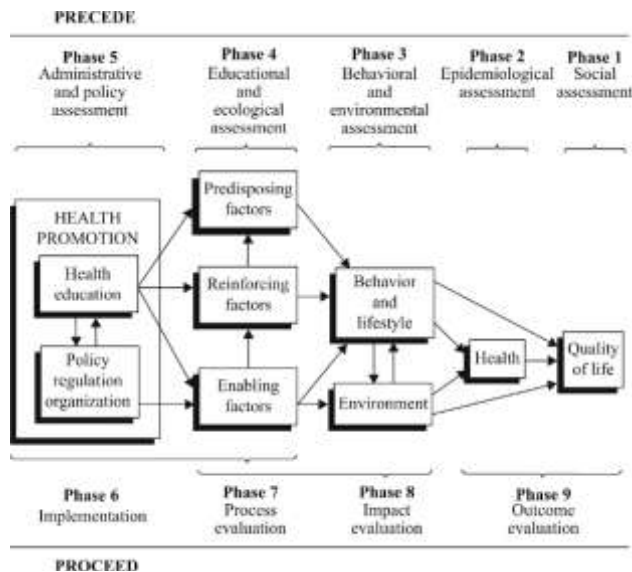
Frisklivssentralen har den praktiske gjennomføring av enkelt tiltak som bygger på kommunens helseutfordringer. I tillegg å tilføre kunnskap og kompetanse til frivillige organisasjoner som blir knyttet til tiltaket. Utarbeide evalueringsrutiner for tiltaket/tiltakene. I tillegg har sentralen rapporteringsansvar til kommuneoverlegen og politikere.

Frivillige organisasjoner har ansvaret for å bygge opp et tilbud for kronikergrupper som har en varighet overtid

Kronikergrupper har ansvaret for å bidra til utvikling av metode som har en effekt for målgruppen, egenomsorg og endring av egen helsevane.

6.7 Teoretisk grunnlag

Tana kommune velger å bruke precede proceed- modell som et verktøy for planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak og programmer i helsefremmende arbeid. Modellen legger vekt på analyse av faktorer knyttet til person, sosialt miljø og fysisk og strukturelt miljø for å kunne utvikle effektive og bærekraftige intervensjoner.



Dette er et analyseverktøy som vil være med å gi bedre forståelse av lokalsamfunnet. Gjennom det vil vi få et bilde av den aktuelle problemstillingen, omfanget, hva som finnes av ressurser, hva som er allerede gjort, hvilke kompetanse vi har og hvordan vi best kan benytte de ressursene vi har.

6.8 Utvikling av en arbeidsmodell for frisklivssentral

A Metodeutvikling for forebygging av livsstilsrelaterte sykdommer blant den samiske befolkningen

For å få til en bærekraftig helsetjeneste og folkehelsearbeid med fokus på forebygging og helsefremmende arbeid blant den samiske befolkningen må vi bygge opp en kunnskapsbase for å gi rett tilbudet. De problemstillingene som er knyttet til metodeutvikling er:

- a. Kunnskap om den samiske befolkningens helsevaner (kartlegging av lokalsamfunnet og befolkningsstruktur)
- b. Kunnskap om årsakssammenheng (påvirkningsfaktorer), det lokale kostholdet i tillegg til dokumenterte påvirkningsfaktorer
- c. Kunnskap om forebygging og helseeffekt (tiltaksbygging)

Det viktig å bygge opp en erfaringsbase med fokus på hvordan formidle årsakssammenheng og helsevaner til den samiske befolkning. Disse forholdene skal danne grunnlag for oppbygging av en tiltakskjede hvor tverrfaglig kompetanse tas i bruk på en effektiv måte.

B Utviklingsarbeid for å knytte frivillige organisasjoner til frisklivssentral

I samhandlingsreformen gis det stor oppmerksomhet til kommunenes rolle, både deres rolle i forebyggende arbeid og med tiltak som skal bidra til at pasienter og brukere mestrer sine livssituasjoner. Dette er områder der godt og kreativt samarbeid med frivillige organisasjoner kan bidra til bedre realisering av de helsepolitiske målene.

Et viktig område som de frivillige organisasjonene kan bidra til å videreutvikle er likemannsarbeid med fokus på brukeren egne ressurser.

6.9 Samarbeid

Metodeutvikling og utforming av innholdet i frisklivssentralen baseres seg på et tverrfaglig samarbeid mellom fastlegene, NAV, helsesøster, fysioterapeuter og andre helsepersonell på et lokalt nivå. I tillegg er det viktig å knytte samarbeid med Samisk helseforskning og Finnmark sykehusene for å utvikle et faglig godt tiltak i Tana.

6.10 Kompetanse

Den som har faglig ansvaret for frisklivssentralen er kommunelegen. Det planlagt at frisklivssentralen blir samlokalisert med Tana Fysikalske på grunne av kompetanse og ressursene de innehar som er viktig for utvikling av sentralen i Tana.

For utviklingsarbeidet er det tenkt å bruke fysioterapeut og treningsfysiolog, en faggruppe som innehar kompetanse innen fysisk aktivitet. Når det kompetanse/kunnskap innen kosthold og røykekutt må dette opparbeides av fagmiljøet rundt Tana Fysikalske.

Det av kompetanse som mangler i dag i kommunen for utvikling av faginnholdet ved frisklivssentralen skaffes ved å etablere samarbeid med andre fagmiljøer.

6.11 Handlingsplan

Prosjektplan	Feb – des 14	Jan-des 15	ansvarlig
Info	12 timer	12 timer	frisklivssentral
Kurs/hospitering/ kunnskapssøk	250 timer	200 timer	frisklivssentral
Kurs for brukere/ oppfølging av brukere	kontinuerlig	kontinuerlig	frisklivssentral fastlege NAV Annet helsepersonell
infomateriell	kontinuerlig	kontinuerlig	frisklivssentral
Oppfølging, intern/ekstern	kontinuerlig	kontinuerlig	frisklivssentral fastlege helsesøster NAV
dokumentasjon	ja	ja	frisklivssentral
regnskap		slutføres	frisklivssentral
Evaluering		rapport	frisklivssentral

7 Økonomi

Kostnad	2014	2015
Lønn 50% stilling, med sosiale utgifter/reiser	kr 320 000	kr 320 000
Kurs/opplæring/hospitering/reise	kr 70 000	kr 70 000
Kunnskapsøk/veiledning	kr 50 000	kr 50 000
Oversetting samisk infomaterial	kr 30 000	kr 30 000
Uforutsette utgifter	kr 10 000	kr 10 000
Sum kostnad	kr 480 000	kr 480 000

Finansiering	2014	2015
Sametinget	kr 280 000	kr 280 000
Fylkesmannen i Finnmark	kr 100 000	kr 100 000
Tana kommune	kr 100 000	kr 100 000
Sum inntekt	kr 480 000	kr 480 000