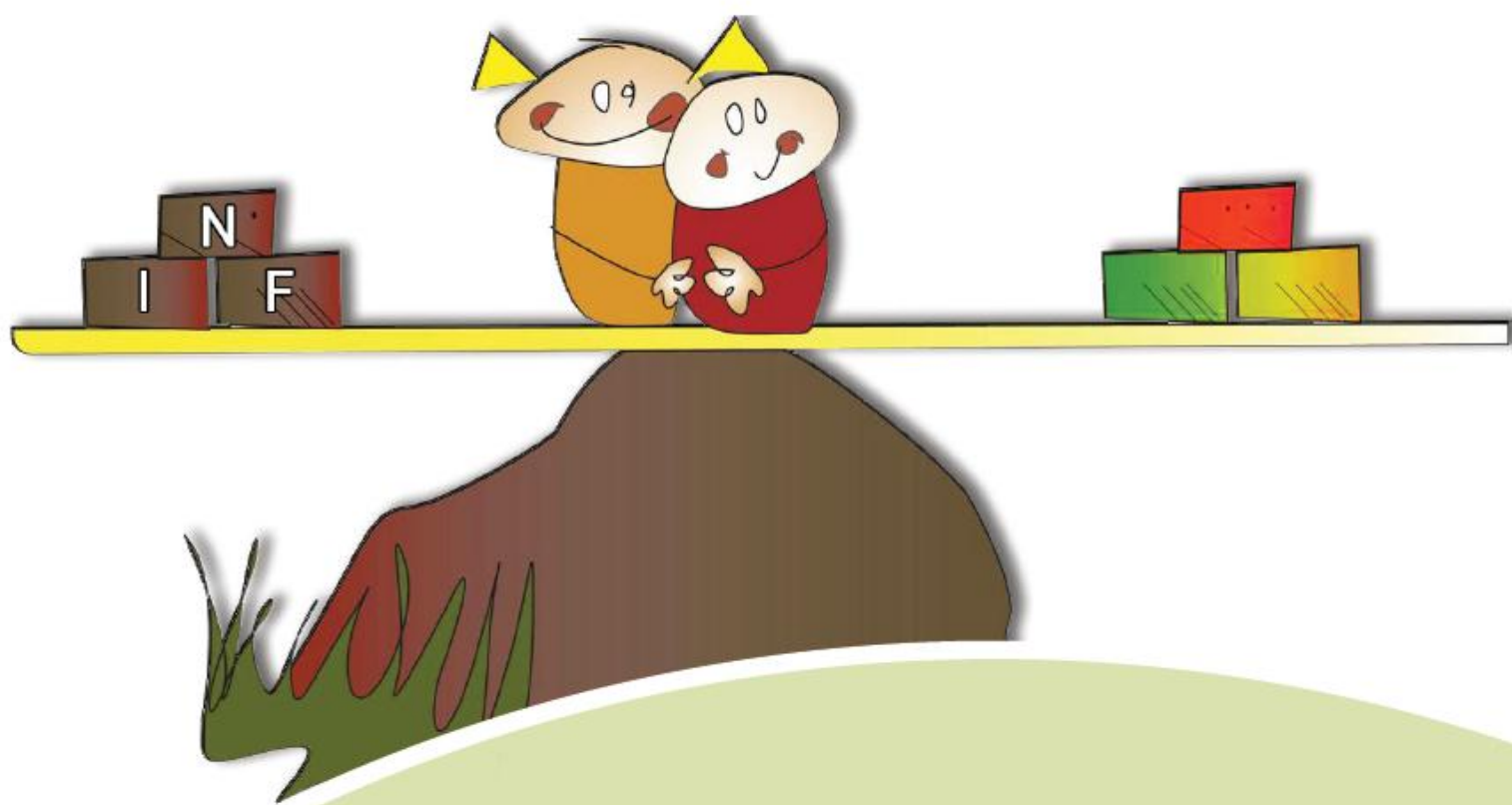


Levekår for barn og unge i Bodø kommune

Utredning om kunnskapsgrunnlag
og føringer for kommunal innsats



Levekår for barn og unge i Bodø kommune

Innhold

1	Sammendrag	3
2	Tre perspektiver på levekår	6
2.1	Levekår som objektivt målbare ressurser	6
2.2	Levekår som evne til å virkeliggjøre muligheter	6
2.3	Levekår som lykke	7
3	Tre relaterte begreper: fattigdom, folkehelse og oppvekstvilkår	8
3.1	Fattigdom og levekår	8
3.2	Folkehelse og levekår	10
3.3	Oppvekstvilkår og levekår	12
4	Levekårkart	14
4.1	Forebyggingsbegrepet	14
4.2	Risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer	15
4.3	Levekårkartet i Bodø kommune	16
5	Levekår i Bodø.....	18
5.1	Risikofaktorer på individnivå	18
5.2	Risikofaktorer i familien	22
5.3	Risikofaktorer i nærmiljøet	27
6	Vurderinger	31
6.1	Utvikling av gode levekår	31
6.2	Beskyttelsesfaktorer på tre nivå	34
6.3	Møtet med hjelpeapparatet	35
6.4	Fokusområder 2011 - 2014	36
7	Konklusjon og anbefaling.....	39
7.1	Tre sentrale føringer	39
7.2	Tre nivå av beskyttelsesfaktorer	39
7.3	Fokusområder for perioden 2011 - 2014.....	39
8	Litteraturliste.....	40

1 Sammendrag

Denne saken referer til Rådmannens saksfremlegg til Bystyret 15.04.2010 som omhandlet fattigdom i Norge, og er resultatet av følgende vedtak i Bystyrets møte 15. april 2010:

”Det nedsettes en arbeidsgruppe som skal følge opp og evaluere tidligere vedtak og nåværende arbeid. Arbeidsgruppens arbeid skal slutføres med en samlet oversikt over eksisterende tiltak og en anbefaling om videre arbeid.”

Arbeidsgruppen har bestått av Hild Marit Olsen (leder), Ola Smeplass, Jostein Jakobsen, Mona Lillehaug og Janne Mari Ellingsen.

Med bakgrunn i saksfeltets kompleksitet har arbeidsgruppa i sine møter valgt å dreie fokus fra begrepet fattigdom til begrepet levekår. Levekår er en samlebetegnelse som i tillegg til fattigdomsproblematikken også omfatter forhold som folkehelse, oppvekstvilkår, m.m. Arbeidsgruppa har også valgt å sette fokus på levekår for barn og unge i Bodø kommune.

I møte 28.09.2010 ble administrasjonen anmodet om å overta ansvaret for utarbeidelse av saksframlegg.

Saken tar sikte på å gi en oversikt over levekår, både som begrep og mht. situasjonen for barn og unge i Bodø kommune. Saken gir ikke en samlet oversikt over eksisterende tiltak, men beskriver hvilke aktører som tilbyr tjenester innenfor levekårsområdet. Det konkluderes med føringer for videre arbeidsmetodikk og områder for videre utvikling.

Saken tar for seg tre ulike perspektiver på begrepet levekår (kapittel 2). ”Levekår på vandring, velstand og marginalisering i Oslo”, en rapport utarbeidet av FAFO i 2005, gir et godt innblikk i ulike måter å betrakte levekår på. Hvordan levekår defineres har konsekvenser for politikken som føres og hva innbyggerne oppnår fra det politiske system. I denne saken vil vi skjelne mellom tre hovedretninger i synet på levekår.

Under det første perspektivet (punkt 2.1) legges hovedvekten på *ytre, objektive mål* på hvordan individer har det og den tilstand de befinner seg i. Søkelyset rettes mot det som har skjedd med dem og hva det har gjort med dem slik det kommer til uttrykk i det de er nå. Sagt på en annen måte: Levekår vurderes som et *sett av ressurser* som en person eller en husholdning disponerer.

Under det andre perspektivet (punkt 2.2) ser man på den verden folk står overfor, *de muligheter de har og de valg de kan treffe*. I dette perspektivet kan personen velge og handle, og det avgjørende derfor er de alternativer han/hun står overfor. Alternativene kan være negative (som risikoen for vold) eller positive (som tilgangen på skoleplasser, treningsarenaer eller fritidstilbud). Grepene her vil være å undersøke hvordan folk ser på og evner å virkeliggjøre de muligheter de har.

Under det tredje perspektivet (punkt 2.3) er målet ikke bare å undersøke hvordan folk har det, men hvordan de tar det. Selv i en situasjon som er økonomisk trang og politisk truende, kan mange oppleve livet som meningsfylt, variert og spennende – slik nok en del opplevde det ved okkupasjonen av Norge under den andre verdenskrig: Det var knapt om mat, politiske valg var avskaffet, mange ble arrestert og likevel var det en periode der de store begivenheter var oppslukende og satte skille i folks liv. Og motsatt: Selv folk som er høyt på strå og har verden for sine føtter, kan oppleve tilværelsen som gledesløs og grå. Her er spørsmålet altså om hvor *lykkelige* eller *miserable* folk føler seg.

Perspektivene på levekår som nevnt over tegner et bilde av begrepet levekår som noe som av og til kan måles, men som andre ganger er subjektive oppfatninger og individuelle evner. I tillegg til disse tre perspektivene presenteres også tre relaterte begreper til levekår: *fattigdom*, *folkehelse* og *oppvekstvilkår*. Disse begrepene dekker ulike deler av levekårsfeltet, men er nært knyttet til hverandre.

I det offentlige rom er mye av debatten om levekår erstattet av debatten om *fattigdom* og *barnefattigdom* (punkt 3.1), og hvordan fattigdom kan bekjempes. Som Rådmannen påpeker (i saksfremlegg til Bystyret 15.04.2010), er fattigdom et relativt begrep, definert ut fra ”normalinntekten” i samfunnet. Med en slik definisjon vil det alltid være inntektsfattige uansett hvor høy inntektene er, og uansett hvor stor veksten i inntektene har vært. Lønnsdannelse, skattesystem og overføringer av inntekt mellom grupper og individer spiller dermed en sentral rolle i bekjempelsen av fattigdom. Det blir viktig å belyse dette perspektivet for å forstå hvilke tiltak som er adekvate for å motvirke fattigdom, og ikke minst hvem som har ansvar for de ulike virkemidlene, stat eller kommune.

Som begrep er levekår nært knyttet til begrepet *folkehelse*. I punkt 3.2 ser vi på særlige utfordringer knyttet til folkehelseperspektivet. Utjevning av sosiale ulikheter og forbedring av helseadferd vil være viktige bidrag til bedre folkehelse for alle. Samfunnsøkonomiske vurderinger kan gi grunnlag for sektorovergripende helsefremmende tiltak og styrke argumentene for overordnede strukturelle virkemidler i et forebyggende helseperspektiv.

Mange forhold som er avgjørende for gode levekår befinner seg i barnas *oppvekst*. Oppvekstvilkår og levekår er derfor nært knyttet sammen (punkt 3.3). Et inkluderende oppvekstmiljø for alle barn og unge skapes gjennom et tett samspill mellom kommunen og positive krefter i lokalsamfunnet, som frivillige organisasjoner, barn og ungdom selv, foreldre og andre grupper som ønsker å gjøre en innsats.

På samme måte som de nasjonale vaksinasjonsprogrammene har gitt resultater for folkehelsen, vil lokale ”vaksinasjonsprogrammer” gjennom systematisk og langvarig fokus på levekår få positive konsekvenser for innbyggerne i Bodø kommune. Med erkjennelsen om at levekårsforbedringer vanskelig kan skje ”over natta”, må vi satse på gode forebyggende strategier på ulike nivå, hvor vi har tro på at en samlet innsats over tid gir gode resultater. Med basis i begrepet forebygging presenteres forebyggende innsats i tre nivåer i (punkt 4.1):

- tilbud for alle (omfatter begrepet primærforebygging)
- tilbud for barn og unge i risiko (sekundærforebygging)
- tilbud for barn og unge med særlige behov (tertiærforebygging)

Vi har tro på at levekårene i Bodø kommune generelt er gode, men vet samtidig at en rekke barn og ungdommer blir utsatt for negative forhold i sin oppvekst som kan føre til ulike former for individuelle problemer, utfordringer for lokalsamfunnet og staten. I denne saken (punkt 4.2) beskrives disse negative forhold som *risikofaktorer*.

Forskningen har identifisert en rekke risikofaktorer (utsatthet) på ulike nivåer. I denne saken konsentrerer vi oss om tre nivåer – risikofaktorer knyttet til individet, til familien og til nærmiljøet. Disse risikofaktorene samspiller ofte på en komplisert måte. Risikofaktorene er kumulative på en slik måte at hvis individet utsettes for flere og/eller et økende antall risikofaktorer over tid, er sannsynligheten relativ stor for at individet utvikler problemadferd som er alvorlig og får langsiktige konsekvenser.

Beskyttelsesfaktorene minsker risikoen for at problematikk skal kunne utvikles. Jo flere beskyttelsesfaktorer individet har eller er påvirket av, jo større er sjansen for å etablere et godt og stabilt voksenliv. Toleransen for risikofaktorer blir også større med et økende antall beskyttelsesfaktorer. Hvor brytningspunktet mellom risiko- og beskyttelsesfaktorer er, vil være ulikt fra individ til individ.

De ulike nivå av forebygging, risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer sammenfattes med aktører og tiltak i Bodø kommune og synliggjøres i ”levekårkartet” (punkt 4.3).

I kapittel 5 beskrives identifiserte risikofaktorer for barn og unge i Bodø kommune, både på individ-, familie- og nærmiljønivå. På noen områder har vi begrenset informasjon, men samlet sett dannes et bilde på situasjonen i Bodø kommune. Dersom det er ønskelig å vite mer er det mulig å gjøre grundigere undersøkelser innenfor avgrensede felt.

Diskusjoner rundt levekårsproblematikk på et detaljert nivå vil være for omfattende for en enkelt sak. Denne saken vil derfor peke på hovedutfordringene vi står overfor, foreslå endringer på systemnivå i Bodø kommune og gi retning til det videre arbeidet. Vurderinger av hvilke beskyttelsesfaktorer som fortjener økt fokus i tiden framover beskrives i kapittel 6.

I kapittel 7 anbefales tre sentrale føringer for det videre arbeidet:

- *Hensyn til barn og unges levekår* må være gjennomgående
- Prinsippet om *tidlig intervensjon* skal ligge til grunn for all forebyggende virksomhet
- *Samordning av tjenester* skal stå sentralt.

Forbedring av levekår for barn og unge i Bodø kommune skal søkes gjennom utvikling av beskyttelsesfaktorer på tre områder:

- kommunens tilbud for alle barn og unge
- kommunens tilbud for barn og unge i risiko
- kommunens tilbud for barn og unge med særlige behov

Saken konkluderer med fokusområder for perioden 2011 – 2014.

2 Tre perspektiver på levekår

2.1 Levekår som objektivt målbare ressurser

I den klassiske tradisjon for norsk og skandinavisk levekårsforskning anses levekår som sammensatt av et sett objektivt målbare ressurser som en person eller en husholdning disponerer (Fafo-rapport nr. 5/ 2007). Standardeksemplene på ressurser er inntekt, utdanning, helse, boligforhold, osv. Forskningens oppgave består i å kartlegge:

- *fordelingen* av slike ressurser - altså både hva som kjennetegner alle enheter sett under ett (for eksempel gjennomsnittsinntekt), hva som er gjennomgående forskjeller (for eksempel standardavviket fra gjennomsnittsinntekten), og hva som kan være årsaker til forskjellene, og
- *plasseringen* av den enkelte enhet - altså hvor den befinner seg i forhold til gjennomsnittet (for eksempel Grønnåsen i forhold til gjennomsnittet i Bodø).

Denne tradisjonen representerer en teoretisk og empirisk velprøvd metodikk for å synliggjøre og beskrive forskjeller i levekår mellom ulike enheter: individer, grupper og geografiske områder (Fafo-rapport nr. 5/ 2007). Innenfor denne tradisjonen er også de grunnleggende demografiske forhold sentrale: Hvor mange bor i byen? Vokser antallet eller synker det? Hvorfor? Er det forskjeller mellom innflyttere og andre? Forskyves fordelingen mellom grupper? Hva skjer med deres inntekt, helse og boligstandard? SSB har tidligere samlet slik statistikk i en levekårsindeks, men fra og med 2009 er denne praksisen forlatt på grunn av metodiske svakheter.

2.2 Levekår som evne til å virkeliggjøre muligheter

Den klassiske nordiske tradisjon som ser på levekår som en funksjon av ressurser, er utfordret av sentrale forskere som den britiske sosiologen Anthony Giddens og den indisk-amerikanske økonomien Amartya Sen (Fafo-rapport nr. 5/ 2007).

Sen hevder at det ikke er nok å se på individers ressurser - man må også ta med den enkeltes *faktiske muligheter til å realisere sine ønsker* ("opportunities"). Gode levekår er ikke (bare) en beholdning av ressurser, men vel så mye en kapasitet til å gjøre bruk av dem og å håndtere vanskelige livssituasjoner. I dette perspektivet kan vi si at ressurser er nødvendige, men ikke tilstrekkelige betingelser for gode levekår. Med et enkelt bilde: Skal du komme fram, er det ikke nok å eie en bil - du må kunne kjøre den også.

Ifølge Sen er altså levekår ikke bare et spørsmål om hvilke ressurser som er tilgjengelige, men også om evnen til å bruke dem. Skal folk ha muligheter til å realisere sine ønsker, må de både besitte ressurser og være kapable til å nytte dem.

Dette perspektivet kan også tilnærmes på en litt annen måte. Da vil man kartlegge mer direkte hvilke alternativer befolkningen innen et bestemt område faktisk har (Fafo-

rapport nr. 5/ 2007). Med en enkel illustrasjon: Finnes det en løkke, ballbinge eller en idrettsplass der det kan spilles fotball i Misvær? Er det et bredt tilbud av jobber på stedet der du bor som du har ferdigheter til, og som gjør at du kan ha godt håp om å få jobb?

2.3 Levekår som lykke

I dagens Norge opplever vi et paradoks: Levekårspolitikken har vært vellykket, men folk er ikke blitt lykkeligere. Stadig større befolkningslag har flere ressurser og bedre levekår enn før (uttrykt ved utdanning, inntekt, helse). Likevel synes ikke det å lede til bedre *opplevd livskvalitet*. Levekårspolitikk ensidig rettet mot å redusere omfanget av mangler på individnivå, kan risikere å tape av syne velferdens relative komponent. Mennesker sammenlikner seg med hverandre og med kulturelt og sosialt konstruerte referansegrupper – ikke med hvor de befinner seg i en statistisk aggregatfordeling i en forskningsrapport. Nærmere bestemt avhenger din opplevelse av tre forhold (Fafo-rapport nr. 5/ 2007):

1. Hvordan du ligger an i forhold til resten, særlig i forhold til din referansegruppe,
2. hvordan folk flest har det, og
3. hvordan din utvikling har vært over tid.

Likevel er det slik at den enkeltes livskvalitet også avhenger av forhold som i liten grad kan påvirkes direkte av politiske beslutninger. Blant annet viser undersøkelsene fra Norsk Monitor at *tilfredshet med nære relasjoner* er det som har størst betydning for folks oppfatning av egen lykke. Enkelte objektive størrelser som bosituasjon og inntekt kommer imidlertid også høyt på listen. I målinger av livskvalitet kan det derfor være nyttig å skille mellom forhold som i forholdsvis stor grad kan påvirkes gjennom innretningen av politikken og forhold som liten grad kan påvirkes på denne måten. Det er ikke alltid samsvar mellom om noe er viktig for folks liv og om det er eller bør være et sentralt spørsmål for politikken. Grensegangene er likevel ikke alltid enkle. Eksempelvis har tilrettelegging for å kombinere arbeid og familieliv vært et sentralt politisk mål over lengre tid (Finansdepartementet 2010).

3 Tre relaterte begreper: fattigdom, folkehelse og oppvekstvilkår

3.1 Fattigdom og levekår

I det siste tiåret har fattigdom fått fornyet aktualitet på den politiske dagsorden i Norge, med et særlig fokus på barnefattigdom. Høsten 2003 la Bondevik-regjeringen fram sin Tiltaksplan mot fattigdom (St.meld. nr. 6, 2002–2003) med den ambisiøse visjonen at ingen skal leve i fattigdom i Norge.

Regjeringen Stoltenberg har videreført arbeidet for å bekjempe fattigdom og fokuserer også spesielt på barnefattigdom. I Handlingsplan mot fattigdom (2006) presenterte regjeringen en tverrsektoriell innsats mot fattigdom som omfattet tiltak innenfor seks sektordepartementer og hvor flere statlige etater har en rolle i gjennomføringen av tiltak. Hovedinnretningen fra St. meld nr. 6 (2002–2003) videreføres med en prioritering av å få så mange som mulig i arbeid og satsing på målrettede tiltak mot fattigdom. Også her er innstillingen at universelle ordninger må suppleres med individuelt tilpassede tjenester og tiltak.

Bodø kommune har deltatt i EU-prosjektet ”Working for inclusion” sammen med representanter fra mange andre land i Europa. Sluttrapporten herfra påpeker bl.a. at familier med små barn har særlig høy risiko for å bli fattige (Children in Scotland 2010). Gjennom prosjektet fant man at land med lavt nivå av barnefattigdom og høyt nivå for barns velferd også har de best utviklede og mest integrerte systemene for omsorg og utdanning. Assosiert med dette finner man også sjenerøse velferdssystemer og sterk omfordeling av inntekter. I tillegg til nasjonal politikk kan altså lokal politikk utgjøre en forskjell.

Regjeringen vil forebygge fattigdom ved å utvikle velferdsordningene knyttet til arbeidslivet, utdanningssystemet og helsevesenet. NAV står sentralt i arbeidet med å realisere intensjonene om å få så mange som mulig i arbeid (NOVA-rapport 7/2008).

Rådmann Svein Blix fremmet sak for Bystyret den 15.04.2010, hvor han beskriver ulike innfallsvinkler til fattigdomsproblematikken i Norge. Her diskuteres blant annet fattigdomsbegrepet, drivkreftene bak inntektsfordelingen og hvem som har ansvaret for de ulike tiltakene. Staten har ansvaret for mange strukturelle virkemidler innenfor makro økonomisk politikk, arbeidsmarkedspolitikk og skattepolitikk. Kommunen råder likevel over en rekke lokale virkemidler. Rådmannens oppsummering anbefaler tiltak i hovedsak rettet mot arbeidsmarkedet, utdanningssystemet og integrering av innvandrere (utdrag under):

- ”Siden inntektsfattigdom er definert som et relativt begrep knyttet til inntektsfordelingen vil det neppe være mulig å avskaffe fattigdom i denne betydningen av begrepet. Men alle tiltak som bidrar til å utjevne økonomiske

forskjeller slik at antall personer på den nederste delen av inntektsskalaen blir mindre vil bidra til å redusere fenomenet økonomisk fattigdom.”

- *”De viktigste virkemidlene mot inntektsfattigdom ligger i arbeidsmarkedet og i den økonomiske politikken som gjennom tiltak og virkemidler skal bidra til høy sysselsetting og utjevning av konjunktursvinginger og utjevning av inntektsforskjeller.*

De aller feste av forholdene som er av betydning for hvordan arbeidsmarkedet fungerer ligger på statlig nivå og utenfor kommunens virkemiddelbruk. Kommunen har imidlertid en viktig rolle som tilrettelegger og lokal stedsutvikler. For kommunen er det særlig viktig å legge til rette for god utvikling i basisnæringene, og ha et variert arbeidsmarked som etterspør ulike typer kompetanse, og som ikke er for sårbart overfor konjunktursvinginger.”

- *”Utdanningssystemet fra barnehager til etterutdanning av voksne arbeidstakere er helt sentralt i hvordan arbeidsmarkedet fungerer. Gode kunnskaper og gode kvalifikasjoner blant innbyggerne vil ha en avgjørende innvirkning på både sysselsetting, verdiskapning og økonomisk fordeling. ”*
- *”Lav utdanning, lav inntekt, dårlig helse og andre sosiale problemer henger ofte sammen som det er påvist i Fordelingsutvalgets utredning. Noen av sammenhengene er imidlertid komplekse. I utredningen er det vist til at å kombinere stønader med aktivitetsplikt kan føre til økt arbeidstilknytning, økte inntekter og redusert forekomst av lavinntekt. For grupper hvor en slik linje heller ikke er mulig, vil det være viktig at ytelsene i Folketrygden og Barnetrygden er på et slikt nivå at de ikke henvises til varig sosialhjelp. Det er imidlertid en utfordring å utforme ordningene slik at ordinær yrkesdeltakelse er et realistisk alternativ til stønadsmottak slik at man unngår stønadsfellene. Særlig viktig er det overfor utlendinger med ikke vestlig bakgrunn som har dårlige språkkunnskaper, lav eller ingen utdanning og stor forsørgelsesbyrde med mange barn og hjemmeværende kone. Tiltak som bidrar til god integrering i vårt samfunn er med på å bekjempe fattigdom blant disse gruppene.”*

I henhold til EUs definisjon på barnefattigdom lever 6,7 % av norske barn i familier som lever under fattigdomsgrensen. EUs gjennomsnitt er 17,2 %.

3.2 Folkehelse og levekår

Utjevne sosiale ulikheter

Helse er viktig for alle mennesker. Men forutsetningen for å oppnå god helse er høyst ulike. Sosiale forhold knyttet til oppvekst, utdanning, nærmiljø, jobb, hva vi spiser og muligheter til trening og fysisk aktivitet er avgjørende for god helse. Levekår og helseatferd påvirker helsen i stor grad, og utjevning av sosiale ulikheter vil være et viktig bidrag til bedre folkehelse for alle.

Helseatferd

Risikofaktorer som tobakk, alkohol, kosthold, fedme og fysisk inaktivitet påvirker forekomsten av våre folkesykdommer som hjerte- og karsykdommer, kroniske lungelidelser, diabetes og kreft. Andelen som rammes av disse sykdommene kan reduseres betydelig med systematisk forebyggende arbeid. Undersøkelser viser at utdanningslengde påvirker helseatferd, og sammenhengen er til dels større for personer med nedsatt funksjonsevne enn for den øvrige befolkningen. Strategier og tiltak som tilrettelegger og stimulerer til økt utdanning vil kunne ha spesiell gunstig effekt på helseatferd og helse.

Det er også godt dokumentert at endret helseatferd som røykeslutt, kostholdsendring og økt fysisk aktivitet, kan gi betydelig langsiktige helsegevinster i form av økt livskvalitet og levetid – bedre levekår.

Psykiske lidelser

Psykiske lidelser og plager er blant våre største helseutfordringer. En undersøkelse fra Folkehelseinstituttet (Helland og Mathiesen 2009, i FOU 9/2009) viser at 13 prosent av ungdommer mellom 13 og 15 år er så plaget av symptomer på angst og depresjon at de trenger behandling. Bare 17 prosent av ungdommene med betydelige emosjonelle plager har vært i kontakt med psykisk helsevern for plagene, herunder pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP), psykolog eller andre fagpersoner i forbindelse med atferdsproblemer, trivselsproblemer eller annet. I de tilfeller det har vært søkt om hjelp, er det stort sett BUP og PPT som har vært involvert.

Forskning viser:

- Barn av psykisk syke har oftere vansker med generell fungering, skyldfølelse, interpersonlige problemer, atferdsproblemer, følelsesmessige problemer, tilknytning til andre barn, sosiale problemer, skoleproblemer, selvtillit og somatiske sykdommer (Beardslee, Versage og Gladstone, 1996, Skerfving, 1996, Cummings og Davies, 1994, Gotlib et al., 1996)
- Først når barna blir voksne, vil tidligere skjevutvikling og manglende omsorg gi de største utslagene (Lancaster, 1999)
- 66 % av dem som vokser opp med psykisk syke foreldre, blir selv syke, 33 % alvorlig, 33 % mindre alvorlig. (Rutter & Quinton, 1984)
- Det er ikke foreldres psykiske lidelse i seg selv som er skadelig for barnets utvikling, men i hvilken grad deres atferd er hensiktsmessig i forhold til barnets behov og utvikling (Berg-Nielsen et al, 2002)

- Psykisk lidelse øker risikoen for at det utvikles og opprettholdes uheldig foreldreatferd (Johnson et al, 2001) og et negativt emosjonelt klima mellom foreldrene og mellom foreldre og barn (Rutter & Quinton, 1984)

Samhandlingsreformen

Et utgangspunkt for samhandlingsreformen er den utfordringen samfunnet står ovenfor gjennom demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet som gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne. Man ser en dramatisk økning innenfor store sykdomsgrupper, spesielt innenfor de såkalte livsstilssykdommene, dvs. at en større del av sykdomsbyrden er kronisk.

Fundamentet bak samhandlingsreformen er at forebygging gjennom hele livsløpet reduserer andel kronikere og bidrar til at funksjonsnivået opprettholdes på et høyere nivå over lengre tid. Dette reduserer behovet for helse – og omsorgstjenester. Det er også et mål i samhandlingsreformen at forebyggingsinnsatsen spisses inn mot områder og tiltak som gir dokumentert effekt.

I reformen sies det at helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ha et helhetlig perspektiv på forebyggende arbeid som innebærer utstrakt tverrfaglig arbeid. Dette er av avgjørende betydning i arbeidet med å forebygge psykiske plager og håndtere sammensatte sosiale problemer. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør være et lavterskeltilbud for barn og unge som bidrar til forebygging og tidlig hjelp til barn og unge med psykiske problemer. Målet er å utvikle skolehelsetjenesten til et lavterskeltilbud som blant annet skal bidra til at barn og unge med problemer skal få hjelp på riktig nivå så tidlig som mulig.

Ett tiltak, som kan sies å være i henhold til denne reformen, er endringer i helseloven fra 1.1.2010 som gir barn som pårørende rett til informasjon og forebyggende oppfølging.

Økonomiske evalueringer, samfunnsøkonomiske analyser, skatter og avgifter

Samfunnsøkonomiske analyser kan bidra til et bedre beslutningsgrunnlag for å prioritere effektive forebyggingstiltak høyere i tiden som kommer. En utfordring for samfunnsøkonomiske analyser er at effekter av folkehelseiltak kommer langt fram i tid og kan være forbundet med usikkerhet.

Investering i helse gir drivkraft i økonomien på samme måte som investering i utdanning og infrastruktur. Samfunnsøkonomiske vurderinger kan gi grunnlag for sektorovergripende helsefremmende tiltak og styrke argumentene for mer aktiv bruk av skatter og avgifter som overordnede strukturelle virkemidler i et forebyggende helseperspektiv.

Forskningsfunn kan tyde på at helsevaner vanligvis utvikler seg i barndommen og begynner å stabilisere seg rundt 11-12 årsalderen.

3.3 Oppvekstvilkår og levekår

Kunnskap, rettigheter og innflytelse

En god barne- og ungdomspolitik er basert på kunnskap om barn og unges utvikling, behov og interesser. Gjennom forskning frambringes kunnskap om hvordan samfunnsendringer påvirker barn og unges oppvekst- og levekår.

Barn har gjennom FNs barnekonvensjon om barnets rettigheter rett til liv og helse, skolegang og utvikling, deltagelse og innflytelse og omsorg og beskyttelse. Rettighetene i konvensjonen understreker også at barn og unge er selvstendige individer som skal behandles med respekt, og vektlegger også deres rolle som medborgere i samfunnet.

Barn og unges erfaringer og synspunkter må høres og legges til grunn for politikk på alle forvaltningsnivå. Norge har ratifisert denne avtalen i 1991, og har derfor en folkerettslig forpliktelse for å følge denne opp.

Konvensjonen gir også de unge under 18 år et særskilt menneskerettsvern etter følgende hovedprinsipper:

- Hensynet til barnets beste
- Barns rett til medbestemmelse
- Prinsippet om ikke-diskriminering
- Barns rett til liv, overlevelse og optimal utvikling som innebærer:
 - o rett til helsetilbud
 - o rett til omsorg og beskyttelse
 - o rett til sosial trygghet og tilstrekkelig levestandard
 - o rett til utdanning
 - o rett til hvile og fritid

Familie og omsorg

Vi vet at det å legge til rette for en trygg økonomisk og sosial situasjon for barn, ungdom og deres familier har en avgjørende betydning for levekår. En politikk som satser på å styrke familiens omsorgsfunksjon vil også bidra til å gjøre storsamfunnet bedre å leve i, og medvirke til å sikre den nye generasjonen et trygt oppvekstmiljø. ”Økonomisk handlefrihet og mulighet for mor og far til å tilpasse sin tid til barnas behov er en viktig forutsetning for gode oppvekstvilkår.” God hjelp og støtte i foreldrerollen på selve oppdragerollen har også blitt mer og mer viktig. (Barnelovutvalget, NOU 2008:9)

Opplæring og utdanning

”Gjennom opplæring og oppfølging gjennom sosial læring, utdanning, dannelse og medvirkning skal barn og unge tilegne seg kunnskaper og ferdigheter, lære å ta ansvar, vise omsorg, utvikle kritisk sans og selvtilit”. (Barne- og likestillingsdepartementets samlede dokument for satsing på barn – og unge 2010). Denne prosessen starter allerede før fødselen. Familiesentrene er en av de modellene som er anbefalt for å sikre en god oppbølging av barn og foreldre.

Barnehage er både et pedagogisk tilbud og et omsorgstilbud for barn. Full barnehagedekning, høy kvalitet og lav pris er viktig slik at tilbudet er tilgjengelig for

alle. I Norge har vi oss nå 96 % barnehagedekning for barn fra 3 – 5 år. Ca 5,5 % av disse er barn med nedsatt funksjonsevne. 3 % av disse mottok i 2008 ekstra ressurser. Barnehagene skal sørge for at å ivareta barn med ulike behov uavhengig av bosted, sosial status, funksjonsevne, språk og kultur. Barnehagene får derfor et spesielt ansvar for å oppdage og forebygge sosiale problemer samt oppdage barns spesielle behov.

I Stortingsmelding nr. 31 2007 – 2008 (Kvalitet i skolen) setter regjeringen blant annet følgende mål for grunnopplæringen:

- Alle elever som går ut av grunnskolen, skal mestre grunnleggende ferdigheter som gjør dem i stand til å delta i videre utdanning og arbeidsliv.
- Alle elever og lærlinger som er i stand til det, skal gjennomføre videregående opplæring med kompetansebevis som anerkjennes for videre studier eller i arbeidsliv.
- Alle elever og lærlinger skal inkluderes og oppleve mestring.

Vi har på nasjonalt og regionalt nivå et for høyt frafall i videregående skole. Dette vet vi vil få konsekvenser for mulighetene på arbeidsmarkedet.

Statistisk sentralbyrå sier at de tror at i år 2025 vil bare 3 – 4 % av jobbene i Norge ha behov for kompetanse under videregående skoles nivå. Arbeid er en viktig forutsetning for gode levekår.

Frivillig engasjement, kultur og idrett

Lokalsamfunnet er rammen for barn og unges oppvekst. Barn- og unges oppvekst består av et liv sammen med familien, en tid i barnehage eller skole, samt en fritid.

I fritidsdelen er det viktig å legge til rette for frivillig engasjement og deltagelse i ulike meningsfulle kultur og fritidsaktiviteter uavhengig av familiens økonomi eller den enkeltes kvalifikasjoner.

Kulturen som samfunnsbygger handler om tilrettelegging for gode ordninger i det daglige kulturarbeidet og utvikling av nye og utradisjonelle tiltak. I et levekårsperspektiv er kulturen som tiltak også i det forebyggende perspektiv viktig.

Hele befolkningen skal kunne ta del i og oppleve alle sidene et levende og variert kulturtilbud kan by på. Dette krever spesielle god samhandling både innenfor det kommunale offentlige tilbud, samt lag og organisasjoner. Spissede tiltak og oppmerksomhet i forhold til å lage spesielle tiltak innen de tiltak som er for alle er nødvendig for å nå denne målsettingen.

Å sikre et godt oppvekstmiljø handler om å utvikle fysiske, sosiale og kulturelle kvaliteter som er i samsvar med vår kunnskap om barn og unges behov.

4 Levekårkart

4.1 Forebyggingsbegrepet

Forebygging som begrep har tradisjonelt vært knyttet til forebyggende helsearbeid. Høy prioritering av forebyggende helsearbeid i Norge gjennom bl.a. nasjonale vaksinasjonsprogram, kostholdsopplæring og helselovgivning har ført til en positiv utvikling av barn og unges levekår. Bl.a. er spedbarnsdødeligheten halvert siden 1965. Barnesykdommene polio, kikhoste, meslinger, røde hunder er redusert fra å berøre størstedelen av barnebefolkningen til praktisk talt ingen (NOU 1998:18).

Tidligere var forebyggende og helsefremmende arbeid ensbetydende med kampen mot disse livstruende sykdommene. I dag er forebyggende og helsefremmende arbeid i tillegg alt arbeid som legger til rette for å frigjøre og utnytte folks egne ressurser i lokalsamfunnet, og som har som formål å gjøre hver og en av oss til hovedaktører i våre egne liv.

Med basis i klassisk epidemiologi blir forebyggende virksomhet gjerne karakterisert som primærforebygging, sekundærforebygging eller tertiærforebygging. Den opprinnelige betydningen av disse begrepene har stadig blitt utvidet etter hvert som infeksjonssykdommene har blitt mindre dominerende.

Bodø kommune har i lengre tid benyttet begrepene primærforebygging, sekundærforebygging eller tertiærforebygging for å skille tilbudene som hhv. er innrettet *for alle*, tilbud for barn og unge *i risiko*, og de tilbudene som er rettet mot barn og unge med *særlige behov*.

Individuelle problemer er ofte sammensatte med mange, samvirkende medisinske, sosiale, psykiske og strukturelle årsaksfaktorer. En del av disse faktorene kan påvirkes av individet selv, av familien eller av hjelpeapparatet. Andre er det bare mulig å gjøre noe med på samfunnsnivå. Det er en utfordring innen det forebyggende arbeidet å klargjøre og påvirke samspillet mellom individ og samfunn, og finne balansen mellom enkeltmenneskets og samfunnets ansvar (NOU 1998:18).

Som en måte å synliggjøre sammenhenger mellom mange samvirkende årsaksfaktorer, har et nytt syn på forebygging i den senere tid har vunnet terreng. Her ser man på forholdet mellom risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer.

4.2 Risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer

Mange forebyggende tiltak blir utviklet nettopp med tanke på å styrke beskyttelsesfaktorene og redusere risikofaktorene. Denne tilnærmingen til det forebyggende arbeidet finner vi i økende grad igjen også fra statlig hold, bl.a. gjennom nyere veiledninger fra Helsedirektoratet (2010) ”Fra Bekymring til handling” og Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet (2010) ”Det magiske øyeblikket. Hvordan komme i kontakt med ungdom som sliter”.

Nordahl et al. (2005) definerer *risikofaktorer* som "en hvilken som helst faktor hos individet eller i oppvekstmiljøet som kan assosieres med økt sannsynlighet for negativ psykososial utvikling i fremtiden". *Beskyttende faktorer* blir definert som "en hvilken som helst faktor hos individet eller i oppvekstmiljøet som kan assosieres med redusert sannsynlighet for fremtidig negativ psykososial utvikling". Nordahl et al. sier at risiko og beskyttelsesfaktorer ikke nødvendigvis er motsatte av hverandre, men at beskyttende faktorer er forhold som samspiller med risikofaktorer og reduserer deres negative innflytelse. Det betyr at risikofaktorer kan finnes både hos individet selv (individuelle aspekter) og utenfor individet (miljømessige aspekter), - og de kan anta mange ulike former.

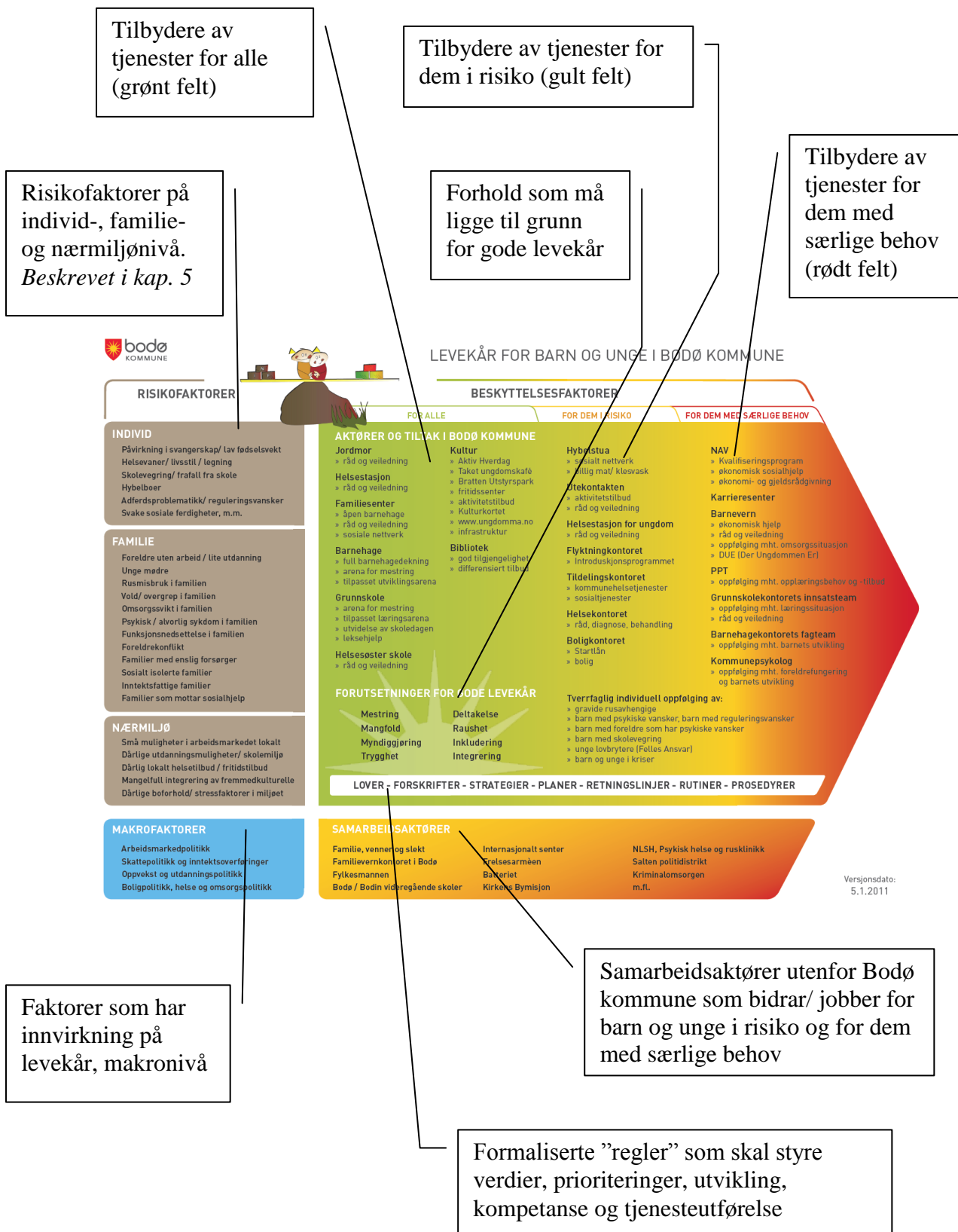
Risikofaktorer kan for eksempel være; dysfunksjon i familien, mangel på kontroll over eget liv, dårlig selvtillit, en dårlig organisert skolehverdag, eksponering for vold og misbruk i eller utenfor hjemmet (Ferrer-Wreder 2005, i Nordahl et al. 2005). Dersom en eller flere av disse risikofaktorene opptrer samtidig har individet økt risiko for å utvikle problemer og i noen tilfeller også tilpasningsproblemer i voksen alder. Forskning har vist at å bli utsatt for en risikofaktor ga lav risiko, 4 faktorer ga 7 ganger økt risiko. Barn fra familier med dårlig økonomi og lavt utdanningsnivå hadde større risiko enn barn med psykisk syk mor, men med få andre risikofaktorer (Sameroff 1987, i Rostad PPT).

Beskyttende faktorer er faktorer som øker sannsynligheten for at risikoungdommer/barn ikke utvikler problematferd eller får tilpasningsproblemer i voksen alder. Beskyttende faktorer kan fungere som "skjold" mot konsekvensene av å befinne seg i risikozonen. Beskyttelsesfaktorer kan for eksempel være; medfødt robusthet, sosial kompetanse, sterke slektsbånd, god skolefungering og tilfredshet med nære relasjoner.

Resiliens (motstandskraft) er et viktig begrep som innebærer at individet beholder en normalt eller høyt funksjonsnivå, til tross for at han/hun utsettes for negative forhold. Når man benytter seg av resiliensbegrepet henspiller det på de barn og ungdom som i det store og hele viser godt funksjonsnivå til tross for motgang og høy grad av risikofaktorer. God tilpasning eller andre tegn på positiv utvikling under risikofylte forhold er resiliensbegrepets fremste kjennetegn (Ferrer-Wreder 2005, i Nordahl et al. 2005).

I denne saken ønsker vi å tilnærme oss levekår gjennom å kombinere disse kompletterende syn på forebygging. Som et hjelpemiddel introduseres ”levekårkart” for å vise sammenhenger og aktører.

4.3 Levekårkartet i Bodø kommune



Alle modeller er en forenkling av virkeligheten. Levekårkartet er ikke utfyllende.



RISIKOFAKTORER

INDIVID

- Påvirkning i svangerskap/ lav fødselsvekt
- Helsevaner/ livsstil / legning
- Skolevegring/ frafall fra skole
- Hybelboer
- Adferdsproblematikk/ reguleringsvansker
- Svake sosiale ferdigheter, m.m.

FAMILIE

- Foreldre uten arbeid / lite utdanning
- Unge mødre
- Rusmisbruk i familien
- Vold/ overgrep i familien
- Omsorgsvikt i familien
- Psykisk / alvorlig sykdom i familien
- Funksjonsnedsettelse i familien
- Foreldrekonflikt
- Familier med enslig forsørger
- Sosialt isolerte familier
- Inntektsfattige familier
- Familier som mottar sosialhjelp

NÆRMILJØ

- Små muligheter i arbeidsmarkedet lokalt
- Dårlige utdanningsmuligheter/ skolemiljø
- Dårlig lokalt helsetilbud / fritidstilbud
- Mangelfull integrering av fremmedkulturelle
- Dårlige boforhold/ stressfaktorer i miljøet

BESKYTTELSESAKTØRER

FOR ALLE

AKTØRER OG TILTAK I BODØ KOMMUNE

- Jordmor**
- » råd og veiledning
- Helsestasjon**
- » råd og veiledning
- Familiesenter**
- » åpen barnehage
 - » råd og veiledning
 - » sosiale nettverk
- Barnehage**
- » full barnehagedekning
 - » arena for mestring
 - » tilpasset utviklingsarena
- Grunnskole**
- » arena for mestring
 - » tilpasset læringsarena
 - » utvidelse av skoledagen
 - » leksehjelp
- Helsestøtte skole**
- » råd og veiledning

FOR DEM I RISIKO

- Hybelstua**
- » sosialt nettverk
 - » billig mat/ klesvask
- Utekontakten**
- » aktivitetstilbud
 - » råd og veiledning
- Helsestasjon for ungdom**
- » råd og veiledning
- Flyktningkontoret**
- » Introduksjonsprogrammet
- Tildelingskontoret**
- » kommunehelsetjenester
 - » sosialtjenester
- Helsekontoret**
- » råd, diagnose, behandling
- Boligkontoret**
- » Startlån
 - » bolig

FOR DEM MED SÆRLIGE BEHOV

- NAV**
- » Kvalifiseringsprogram
 - » økonomisk sosialhjelp
 - » økonomi- og gjeldsrådgivning
- Karrieresenter**
- Barnevern**
- » økonomisk hjelp
 - » råd og veiledning
 - » oppfølging mht. omsorgssituasjon
 - » DUE (Der Ungdommen Er)
- PPT**
- » oppfølging mht. opplæringsbehov og -tilbud
- Grunnskolekontorets innsatssteam**
- » oppfølging mht. læringsssituasjon
 - » råd og veiledning
- Barnehagekontorets fagteam**
- » oppfølging mht. barnets utvikling
- Kommunepsykolog**
- » oppfølging mht. foreldreføring og barnets utvikling

Tverrfaglig individuell oppfølging av:

- » gravide rusavhengige
- » barn med psykiske vansker, barn med reguleringsvansker
- » barn med foreldre som har psykiske vansker
- » barn med skolevegring
- » unge lovbrøyttere (Felles Ansvar)
- » barn og unge i krise

FORUTSETNINGER FOR GODE LEVEKÅR

- Mestring
- Mangfold
- Myndiggjøring
- Trygghet
- Deltakelse
- Raushet
- Inkludering
- Integrering

LOVER – FORSKRIFTER – STRATEGIER – PLANER – RETNINGSLINJER – RUTINER – PROSEDYRER

SAMARBEIDSAKTØRER

- Familie, venner og slekt
- Familievernkontoret i Bodø
- Fylkesmannen
- Bodø / Bodin videregående skoler
- Internasjonalt senter
- Frelsesarméen
- Batteriet
- Kirkens Bymisjon

MAKROFAKTORER

- Arbeidsmarkedpolitikk
- Skattepolitikk og inntektsoverføringer
- Oppvekst og utdanningspolitikk
- Boligpolitikk, helse og omsorgspolitikk

- NLSH, Psykisk helse og rusklinikk
- Salten politidistrikt
- Kriminalomsorgen
- m.fl.

5 Levekår i Bodø

Fra og med 2009 publiserer ikke Statistisk Sentralbyrå (SSB) indeks for levekårsproblem, grunnet metodiske svakheter ved indeksen. Vi må derfor foreta egne undersøkelser for å skaffe grunnlag for å si noe om levekår i Bodø kommune. I denne saken knytter vi levekår til flere faktorer enn levekårsundersøkelser generelt. Dette medfører at vi må se på alle identifiserte risikofaktorer både på individ-, familie- og nærmiljønivå. I kapittel 5 gjøres beskrivelser av ulike risikofaktorer gjennom bidrag fra nøkkelpersoner i organisasjonen. Det er her viktig å gjøre oppmerksom på de metodiske svakhetene ved en slik undersøkelse. Noe informasjon kan være utelatt, riktige personer er ikke spurt, de som er spurt har begrenset informasjon, det er mangelfull registrering av informasjon, informasjon finnes ikke, osv. Dersom det er ønskelig å vite mer er det mulig å gjøre grundigere undersøkelser innenfor avgrensede felt.

5.1 Risikofaktorer på individnivå



På individnivå er personlige egenskaper viktige faktorer. Tidlig påvirkning, personlig robusthet, den enkeltes evne til å reagere på omgivelser og tilknytningsevne er avgjørende for senere utvikling.

5.1.1 Påvirkning i svangerskap og i forbindelse ved fødsel

Dødelighet i forbindelse med fødselen (perinatal dødelighet) i Norge ligger i dag på 4,4 pr 1000 fødte barn. God oppfølging i svangerskapet har mer enn halvert dette tallet de siste 25 år (St.mld. nr. 12, En gledelig begivenhet). Nordlandssykehuset har et tall på 1,8 pr 1000 fødte barn i 2009.

Kunnskap om tidlig intervensjon sier at foreldrenes og især mors tanker og følelser til barnet under svangerskapet betyr mye for tilknytningen etter fødselen, og deretter hvordan samspillet mellom foreldre og barn utvikler seg. I familier med andre belastninger, rus eller psykiatri kan dette påvirke mors evne eller mulighet til en god start for barnet. Norske undersøkelser viser at 40-50 % av mødrene drikker alkohol under svangerskapet, men underrapporterer sitt eget alkoholbruk. Dette gjelder alle sosiale lag. Alkohol er en av de farligste rusgiftene fosteret kan utsettes for, og mors bruk kan gi medfødte skader i ulik grad. Forskere ser på om den store økningen av ADHD-diagnoser kan relateres til alkoholbruk.

Generelt har den gravides helse og levevaner stor betydning for barnets helse. Innbyggere med dårlige levekår har dårligst helse, og risikofaktorer som røyking, alkoholbruk, dårlige kost- og mosjonsvaner kan påvirke svangerskapet og fødselen. Gravide kvinner påvirker sine barns helse for resten av livet.

I regi av modellkommuneforsøket har alle involverte kommunale enheter registrert antall barn i alderen 0 – 6 år som har psykisk syke og/ eller rusavhengige foreldre. Resultatene viser at ca 110 barn har foreldre med en slik belastning, men det antas at det fortsatt er mørketall. Fra høsten 2011 skal alle gravide screenes i forhold til rus, vold og depresjon.

5.1.2 Lav fødselsvekt

Internasjonalt brukes andelen barn med lav fødselsvekt som et mål for helsetilstanden i en befolkning. Ca 5 % nyfødte har lav fødselsvekt under 2500 gram og 0,5 % under 1000 gram (premature). Både røyking og stort alkoholbruk kan gi lav fødselsvekt og vekstproblemer (Dagens medisin 2010). Barn av røykende mødre har i gjennomsnitt 200 gram lavere fødselsvekt enn barn av ikke-røykende mødre. Fødselsvekten synker i takt med antall røykte sigaretter hver dag. Dette er vist i flere norske studier, den siste blant om lag 35 000 kvinner som fødte barn i 1970-91. I 2008 røykte 20 % gravide i starten av svangerskapet og 10 % hele svangerskapet. Andre årsaker til lav fødselsvekt er at barnet blir født før termin, flerbarnsfødsel, mors helse, leveforhold og sosial klasse, arv og etnisitet.

Premature barn med vekt under 1500 gram har betydelig risiko for varige skader som hyperaktivitet, konsentrasjonsvansker, hukommelsessvikt, lærevansker. Dette er barn som krever mye av sine foreldre og omgivelser, og risikoen for samspillsvansker er stor. Nordlandssykehusets nyfødt intensivavdeling hadde i 2009 7 barn under 1000 gram og 10 barn mellom 1000 og 1500 gram.

5.1.3 Fysisk aktivitet:

I Bodø har man nærmere 16 000 medlemmer i idrettslag og bedriftsidrettslag, og det er beregnet at det produseres over 800.000 timer fysisk aktivitet i de anleggene hvor kommunen har bidratt økonomisk på en eller annen måte (Bodø kommune 2008). Nasjonale tall viser at barnas fysiske aktivitet blir stadig lavere selv med økt organisering av barnas aktivitet i den tiden de er i skole og barnehage. En spørreundersøkelse blant ungdom i Bodø viser imidlertid at aktivitetsnivået hos ungdom samlet sett steg fra 1995 til 2005 (Nordlandsforskning 2006).

Sosial ulikhet i helse slår også ut når det gjelder fysisk aktivitet. I gruppen med grunnskole er det 16 prosent som beveger seg nok daglig. Blant de med minst 4-årig høyskole eller universitetsutdanning er det 25 prosent, noe som gir en tydelig forskjell (Helsedirektoratet 2009).

Folkehelseinstituttets undersøkelse ”Barns vekst i Norge” som ble gjennomført høsten 2008 blant elever i tredje klasse (8-9 åringer) viste at overvekt og fedme blant barn og unge er et økende problem. 14 prosent av jentene ble definert som overvektige, 4 prosent hadde fedme. 12 prosent av guttene ble definert som overvektige, i tillegg hadde 3,5 prosent fedme. Det er grunn til å tro at tallene er representative også for barn i Bodø.

5.1.4 Seksuell legning:

Personer som føler seg seksuelt tiltrukket av samme kjønn, rapporterer noe oftere enn andre om svekket egenvurdert helse og langvarig sykdom. Homofile, lesbiske og bifile er i tillegg noe mer utsatt for symptomer på svekket psykisk helse. Dette er noen av de viktigste funnene i rapporten "Seksuell identitet og levekår" (SSB 2010), som baserer seg på at SSB for første gang har spurt om seksuell tiltrekning og identitet i den ordinære levekårsundersøkelsen.

Helsesøstertjenesten og Utekontakten i Bodø har kontakt med en del homofil og bifil ungdom. Det er ingen indikasjoner på at denne gruppen ikke er sosialt akseptert i skole og fritidsmiljøer, men dette kan variere noe. Jenter er generelt mer aksepterende. Gutter viser mer tydelig homofobe holdninger. Ordet "homo" er mye brukt som skjellord blant ungdom. For ungdom som er homofile eller bifile kan ungdomstida være svært sårbar, og levekårsundersøkelser viser at de har større psykiske plager enn heterofile.

5.1.5 Skolevegring og frafall

Problematiske skolefravær kan skyldes flere faktorer, eks sykdom/gyldig fravær, skulk, foreldre som holder barna hjemme, skolevegring eller mobbeproblematikk. Elever som uteblir fra skolen er i følge Kearney (2008) et alvorlig offentlig problem, og han viser til sammenhenger med ulovlig skolefravær og økte risikofaktorer for sosiale-, psykiske- og økonomiske problemer senere i livet.

Vi har ikke et fullstendig tallmateriale i forhold til fravær fra grunnskolen i Bodø, men tallene så langt viser at 6 % av elevene har et fravær over 15 %. Skolefraværet er betydelig høyere på ungdomstrinnet enn på barnetrinnet. Det er få undersøkelser av skolefravær i Norge, men en tidligere undersøkelse i ungdomsskole viser at 15 % av elevene har mellom 10-20% ikke legitimert fravær hvert semester. Vi vet at en fjerdedel av elevene i den videregående skole ikke fullfører. Blant unge mellom 20 og 24 år som har påbegynt, men ikke fullført videregående opplæring, står 19 prosent utenfor både arbeid og utdanning, mens kun 5 prosent av unge som har fullført videregående opplæring er i samme situasjon. Det er en klar sammenheng mellom utdanningsnivå og sannsynlighet for å bli arbeidsledig. Om lag halvparten av de arbeidsledige er uten fullført videregående opplæring eller har uoppgitt utdanning (SSB).

Når vansker med å møte på skolen er knyttet til emosjonelt ubehag og har en varighet over to uker definerer vi det som skolevegring. Skolen blir i liten grad trukket fram i årsaksforklaringer på skolevegring, men skolen som system kan være med på å påvirke forekomsten av skolevegringsatferd. Kearney (2001) påpeker blant annet at høyt lærerfravær, dårlige systemer for oppfølging av fravær, dårlig tilpassede og uforutsigbare undervisningsopplegg, mye uro i klasserommet, samt lav kompetanse hos lærerne er negative faktorer i så måte. I forebyggingsperspektiv fremheves tidlig involvering av foresatte og eventuelt andre instanser samt en vilje til endring- og løsningsorientert fokus, tilpasning og tilrettelegging (Ingul, 2005).

Av de elevene i Nordland som begynte videregående skole i 2004 gikk 51 % ut med fullført og bestått yrkes eller studiekompetanse på normert tid. Dette er 5 % lavere enn landsgjennomsnittet. Statistikk fra SSB (Utdanningsspeilet 2009) viser at det er på de yrkesfaglige utdanningsprogram hvor Nordland ligger betydelig under landsgjennomsnittet. Andelen jenter som fullfører videregående opplæring i Nordland på normert tid er 16 % høyere enn for gutter.

For skoleåret 2009/2010 er frafallet ved Bodin VGS 4,17 % og ved Bodø VGS 8,71 %. Andelen elever som slutter i løpet av skoleåret synes totalt å gå noe ned for skoleåret 2010/2011.

5.1.6 Hybelboer

Bodø kommune er vertskommune for ca. 750 hybelboere. Det kan være vanskelig å ta seg fram i den voksne verden og ta hånd om sin egen hverdag uten den daglige omsorgen fra foreldrene. Dette gjør at mange hybelboere sliter med dårlig og mangelfullt kosthold, ensomhet, hjemlengsel og mangel på voksenkontakt.

5.1.7 Adferdsproblematikk og reguleringsvansker

Det er henvist 352 barn fra Bodø kommune til Barne- og ungdomspsykiatrisk Poliklinikk (BUP) pr. november 2010. Ca. 27 % er henvist for ADHD/ADD som første henvisningsgrunn, litt flere hvis vi tar med typiske lidelser i "spekteret" (ca. 35 % henvises for denne typen utredninger). De fleste er i skolealder, mellom 2. og 10. klasse.

Nordlandssykehuset (hvor Bodø er den største kommune, og flest henvisninger kommer herfra) er det sykehuset i landet som har høyest dekningsgrad for barne- og ungdomspsykiatrien i hele Norge. Dette dokumenteres i en rapport fra Helsedirektoratet som heter "Barn og unge i det psykiske helsevernet, ett år etter Opptrappingsplanen", IS-1854. Nordlandssykehuset undres over hvorfor Nordland skulle være det området i landet hvor en høyest andel av barnebefolkningen blir pasienter i psykiatrien hvert år. Er levevilkårene her så mye dårligere enn andre plasser, eller er det andre forklaringer? Nordlandssykehuset har ingen sikre svar, men synes det er et utfordrende spørsmål og noe å samarbeide med Bodø kommune om.

5.1.8 Svake sosiale ferdigheter

Nasjonale, nordiske og internasjonal forskning har vist at lav sosial kompetanse hos barn og unge har sammenheng med en rekke forhold f. eks problematferd, lav skolefaglig kompetanse, lav selvhevdelse, lav mestringsopplevelse og svake relasjoner. Barn og unge tilbringer store deler av hverdagen i barnehage og skole, en viktig arena for sosial, faglig og emosjonell utvikling. Lav sosial kompetanse predikerer antisosial atferd, mens utvikling av elevers sosiale kompetanse synes å redusere denne risikoen i noen grad. Det er forskjeller mellom skolene som har gode pedagogiske opplegg for å utvikle elevenes sosiale ferdigheter og skoler som ikke har slik opplæring. (Utdanningsdirektoratet 2009). Sosiale ferdigheter hos barna undersøkes ikke i den årlige elevundersøkelsen i skolene, situasjonen i Bodø kommune er derfor uviss.

5.2.2 Unge mødre

Bodø kommune har ca 20 nye tenåringsmødre siste år. Dette trenger ikke være en risiko i seg selv. Det er sammenhengen disse nye familiene lever i som er avgjørende, som nettverk, støtte og økonomi. De tilfellene der unge jenter avbryter videregående skole og ”velger” å bli gravide for å få økonomisk støtte og hjelp, vurderes som bekymringsfulle.

5.2.3 Foreldre med rusmisbruk og/eller psykisk sykdom

Bodø kommune rullerte rusmiddelpolitisk handlingsplan (2011-2016) på områdene forebygging og brukerbehandling i desember 2010. Planens forebyggende del er bygd opp rundt risiko og beskyttelsesfaktorer. Bevillingspolitikken (2012-2016) rulleres i 2011. Av dokumentet og i beskrivelsen av rusmiddelsituasjonen i Bodø fremgår det at mange barn har foreldre med rusmisbruk. Oppfølgingstjenesten psykisk helse og rus har hatt en kartlegging som viser at 120 av brukerne har barn som er mindreårige.

I regi av modellkommuneforsøket er det de siste 2 årene gjort en registrering i alle kommunale etater av antall barn i alderen 0-6 år som har psykisk syke/ rusavhengige foreldre. Resultatene viser at ca 110 barn har foreldre med en slik belastning, men det antas at det er mørketall.

Bodø kommunes *koordinator for barn som pårørende* har mottatt 23 henvendelser/familier (35 barn) fra oppstart i april 2010 og ut året. Årsak til henvendelsene er rus (2), somatisk sykdom eller skade (5) og psykisk helse (17). Av disse er det 2 der det er en kombinasjon av somatisk sykdom og psykisk sykdom.

Observerte trekk til nå er at mange av disse barna bor med en forelder (den syke), sammen med syk forelder og ny partner, eller har to hjem. Det observeres også at i de familiene der forelder (oftest mor) strever psykisk, er dette ingen ny situasjon. Mor har gjerne strevd lenge, fra før hun ble gravid, og barnet har levd med den syke mammaen hele sitt liv.

5.2.4 Alvorlig sykdom i familien

De henvendelsene koordinator for barn som pårørende har fått omfatter kreft, hodeskade og Alzheimer. Foreldrefunksjonen påvirkes. Den parten som ikke er syk får økt belastning med oppfølging av ”hus og barn”, i tillegg til egen sorg og alt som skjer rundt den syke. I tillegg til belastningen ved at en forelder blir syk, endrer funksjon og kanskje personlighet, kommer det at noen familier allerede har belastninger/risiko. Den friske forelderen klarer ikke alltid å ta vare på barnas sorg og behov for informasjon og støtte midt i sin egen sorg. Også søsken kan være alvorlig syk. Dette kan føre til utilsiktet omsorgssvikt, også overfor andre barn i familien.

5.2.5 Foreldrekonflikt

Hvert år opplever omkring 25 000 barn i Norge at foreldrene flytter fra hverandre. På bakgrunn av skilsmissetallene de senere årene, er det anslått at halvparten av alle inngåtte ekteskap vil ende i en skilsmisse. En vet dessuten at samboende foreldre har inntil tre ganger så høy risiko for å skille lag når barna er små.

Forskning viser at de fleste barn som opplever at foreldrene avslutter samlivet sitt, klarer seg gjennom dette på en god måte. Samtidig kommer det frem at risikoen for å utvikle psykososiale problemer i barne- og ungdomsårene er to til tre ganger så høy for barn med foreldre som ikke bor sammen, sammenlignet med barn som bor med begge foreldrene. Dette kan dreie seg om atferdsproblemer, rusproblemer, kriminalitet, skoleproblemer og psykiske problemer. For eksempel er det vist at 15 prosent av ungdommer fra hjem der foreldrene har gått fra hverandre rapporterer om at de har manglende livslyst, mot 7 prosent av dem som har vokst opp sammen med begge foreldrene.

Det at foreldrene ikke bor sammen, kan medføre større utfordringer knyttet til det å følge opp barna så godt som man gjerne vil. I tråd med dette viser blant annet data fra Statistisk Sentralbyrå at sannsynligheten for en problematisk relasjon mellom foreldre og barn, er inntil seks ganger så høy når foreldrene er skilt, sammenlignet med når foreldrene bor sammen. For barna er høyt konfliktnivå mellom foreldrene forbundet med en femdobling av risiko for utvikling av psykososiale problemer.

Når det gjelder foreldreveiledning er det ca 100 nye familier i året som ber om eller blir anbefalt veiledning. Av dette har ca 50 sammensatt problematikk, hvor det kan være spesielle utfordringer hos barnet, foreldrene og familiesituasjonen. Skilsmisser med høyt konfliktnivå mellom foreldrene, tvil om barnets omsorgssituasjon er god nok, psykiske vansker hos en eller begge foreldrene, er eksempler på sammensatt problematikk.

5.2.6 Funksjonsnedsettelse i familien

I mange familier i Bodø kommune er det barn og unge med funksjonsnedsettelser i ulik grad. Det foreligger i dag ingen oppdatert samlet oversikt eller analyser i forhold til denne risikofaktoren i Bodø kommune, men oversikt over antall tjenestemottakere i forhold til ulike kommunale tjenester foreligger. Det er eksempelvis registrert totalt 156 individuelle planer og 324 brukere med vedtak på støttekontakt pr. des. 2010. Hvor mange som berører familier med barn og unge må det evt. sees nærmere på.

I perioden fra november 2006 til juli 2007 ble prosjektet "Rett tjeneste til rett tid" gjennomført. Mandatet var å foreslå fremtidig organisering, struktur og driftsform for å yte bedre tjenester overfor mennesker med utviklingshemming i Bodø kommune. Prosjektgruppe og arbeidsgrupper var sammensatt med representanter fra brukersiden, tillitsvalgte og ansatte fra ulike tjenesteområder. Rapport fra prosjektgruppe og arbeidsgrupper var grunnlag for forslag til handlingsplan som ble fremmet for Bystyret i sak PS 07/134. Handlingsplanen ble behandlet av Bodø bystyret 25. oktober 2007. Statusoversikt og anbefaling i forhold til videre arbeid er fremlagt bystyret i RS 11/4 i februar 2011.

5.2.7 Familier med omsorgssvikt

Det har vært en stor økning i antall meldinger som Barneverntjenesten i Bodø har mottatt de siste årene, 80 % økning fra 2005 til 2009. I 2009 mottok tjenesten i overkant av 500 meldinger. Det har vært tilsvarende økning i antall undersøkelser i perioden. Problematikken i meldingene omhandler en eller flere av de beskrevne risikofaktorer i dette kapitlet. Barnevernet skal gjennom sitt arbeid igangsette tiltak

for å begrense i størst mulig grad de belastninger barn/unge kan påføres.

En risikofaktor i seg selv gir ikke nødvendigvis omsorgssvikt men er det flere risikofaktorer knyttet til familien, øker faren for bekymringsfull omsorg og skjevutvikling hos barn og unge. Dette kan være ulike atferdsvansker med eller uten utagering, fare for asosial atferd, utstøting fra positive sosiale sammenhenger og passiv fritid, skolefaglige vansker, sårbarhet for ytre negativ påvirkning, tidlig debut av rusmidler og seksualitet, psykiske vansker. I stor grad ser vi av de meldinger barneverntjenesten mottar, at flere risikofaktorer er tilstede.

I 2010 får drøyt 200 barn og unge hjelpetiltak etter vedtak fra Barneverntjenesten. Ca. 90 barn er under barnevernets omsorg, hvor ca. 50 % av disse er plassert i nær familie/slekt eller nettverk.

Når det gjelder foreldreveiledning er det ca 100 nye familier i året som ber om eller blir anbefalt veiledning. Av dette har ca 50 sammensatt problematikk, hvor det kan være spesielle utfordringer hos barnet, foreldrene og familiesituasjonen. Skilsmisser med høyt konfliktnivå mellom foreldrene, tvil om barnets omsorgssituasjon er god nok, psykiske vansker hos en eller begge foreldrene, er eksempler på sammensatt problematikk. Bekymring knyttet til barnets utvikling, spørsmål i forhold til videre utredning og konsekvenser for samspillet i familien er også bakgrunn for ønske om veiledning.

5.2.8 Familier med enslig forsørger

”Lavinntektsandelen er høyere blant barn av enslige forsørgere, 6,6 prosent, enn blant barn som bor sammen med to foreldre, 2,2 prosent. Foreldrenes yrkesaktivitet er avgjørende for barns risiko for å tilhøre lavinntektsgruppen. Hvert sjettede barn av enslige forsørgere uten yrkestilknytning tilhører lavinntektsgruppen. Siden relativt mange enslige forsørgere står utenfor arbeidslivet, medfører dette at så mange som 8 av 10 barn av enslige forsørgere i lavinntektsgruppen tilhørte husholdninger uten noen yrkesaktive. At mor har jobb er dermed en av de viktigste forsikringene mot lavinntekt” (Statistisk sentralbyrå 2003).

”Mens forekomsten av lav inntekt blant alle barn er gjennomgående høyere blant barn av enslige forsørgere enn blant barn som bodde sammen med begge foreldrene, er forholdet det stikk motsatte blant noen grupper av innvandrerbarn. Blant barn av innvandrere med Østeuropeisk og ikke-vestlig bakgrunn er lavinntektsandelen høyest blant barn som bor i parhusholdninger. Dette skyldes kanskje at innvandrerbarna har flere søsken og tilhører større husholdninger enn barn uten innvandrerbakgrunn. Oppholdstid i Norge er også avgjørende for innvandrerbarnas sjanser for å komme under lavinntektsgrensen. Hvert fjerde barn med foreldre som har bodd mindre enn fem år i landet tilhører en lavinntekts-husholdning. Dette gjelder innvandrerbarn i både enslig forsørgerhusholdninger og parhusholdninger” (Statistisk sentralbyrå 2003).

Det er usikkert hvor mange familier i Bodø som består av enslig forsørger.

5.2.9 Sosialt isolerte familier

Norsk legeförening anser sosial isolasjon som en stressende tilstand som via fysiologiske mekanismer som gir økt sykkelighet og død. I følge SSB oppgir om lag 2 prosent av den voksne befolkningen at de ikke har noen å snakke fortrolig med. Like mange sier at de ikke har noen som står dem så nær at de kan regnes med ved personlige problemer. Langt flere er til tider plaget av ensomhet, framfor alt enslige som har mistet ektefellen gjennom skilsmisse eller dødsfall. Det har neppe blitt flere sosialt isolerte de siste tiårene, men tiden brukt til sosialt samvær gikk ned på 1990-tallet, og det er flere tegn til at nærmiljøet har blitt svekket som sosial arena. Det finnes ingen oversikt over hvor mange familier som er sosialt isolert i Bodø.

5.2.10 Vold i nære relasjoner

I 2005 ble første store omfangsstudie av vold i nære relasjoner gjennomført av NIBR. De kom fram til at 25 % av alle kvinner er i eller har vært i forhold der de har vært utsatt for vold. For menn er tallet 20 % (Haaland & Clausen).

Alvorlig vold rammer fire ganger så mange kvinner som menn. Hver 12. kvinne og hver 60. mann utsettes for livstruende vold.

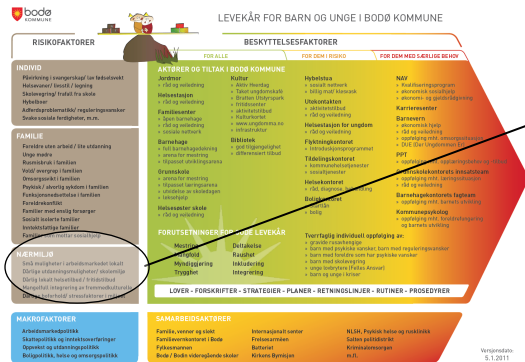
Statistikk fra krisesenteret i Bodø viser at de i 2009 mottok til sammen 1896 henvendelser:

Beboere	Antall	Overnattingsdøgn
Kvinner	31	1220
Barn	14	244
Sum	45	1464
Dagbrukere	57	

Tall fra 2009 for Salten politidistrikt viser at de har mottatt 98 anmeldte saker i 2009 under kategorien familievold, det er en økning på 34 saker fra 2008.

Bodø Bystyre har i PS 10/114 den 28.oktober 2010 vedtatt handlingsplan i forbindelse med "Vold i nære relasjoner".

5.3 Risikofaktorer i nærmiljøet



Risikofaktorer på samfunnsnivå kan være lav sosioøkonomisk status, fattigdom, ressurser i arbeidslivet / arbeidsløshet, bomiljø med høy toleranse for rusmisbruk og kriminalitet, osv.

5.3.1 Lokal arbeidsledighet

Tall fra NAV viser at arbeidsledigheten har vært relativt stabil i Bodø over flere år. Pr. utgangen av januar 2010 var det 2 254 arbeidssøkere tilmeldt NAV Bodø, hvorav 651 var helt ledige. Av totalt antall tilmeldte har 1150 (51 %) nedsatt arbeidsevne. 362 personer (16 %) var under 24 år. 161 av arbeidssøkerne er innvandrere fra ikke OECD land. Arbeidsmarkedet i Bodø kommune vurderes av NAV som gjennomgående godt og langt bedre enn mange steder i fylket.

5.3.2 Utdanningsmuligheter

Bodø må sies å være en by med gode varierte utdanningstilbud fra barnehage til og med universitet. Imidlertid er kapasiteten i forhold til de videregående skolene i byen sprengt, og det arbeides med å øke kapasiteten.

5.3.3 Skolemiljø

Elevundersøkelsen gjennomføres hvert år. Undersøkelsen er obligatorisk på 7. og 10. trinn. Selv om de fleste skolene bruker undersøkelsen på alle elever fra 5. trinn, er det på de trinn hvor den er obligatorisk man har det beste sammenligningsgrunnlaget.

Det er svært små forskjeller å spore fra 2006-07 til 2009-10. Elevene responderer godt på både motivasjon og trivsel. Det er lite mobbing. Lignende tendens viser seg på elevdemokrati. Det scores lavest på fysisk læringsmiljø og medbestemmelse. Det registreres en bedring på fysisk læringsmiljø på begge trinn – noe som kan ha sammenheng med det økte nivået på vedlikehold av skolene.

Elevene i Bodø responderer markert lavere enn gjennomsnittet på fysisk arbeidsmiljø og elevdemokrati. På andre faktorer spriker det noe mellom 7. og 10. trinn. Det er verdt å merke seg at våre 10. klassinger fortsatt er litt mindre fornøyd med karriereveiledningen enn gjennomsnittet.

5.3.4 Livsstil

Risikofaktorer, som høyt blodtrykk, overvekt og fysisk inaktivitet, samt levevaner knyttet til alkohol, kosthold og røyking er de viktigste årsakene til redusert helse og

levealder. Foreldrenes livsstil har stor betydning for barna, både i hverdagen og i utviklingen av egne levevaner.

Når det gjelder behovet for livsstilendringer finnes det ikke noe tall som viser antall personer i Bodø kommune som kan ha nytte av dette. Men en kan ta diabetes – utfordringene som utgangspunkt. Tall fra Nord-Trøndelag (HUNT) tyder på at ca 4 % av den voksne befolkning (>20 år) har kjent diabetes. I tillegg er det nesten like mange som har diabetes uten å være klar over det. Antallet i risikogruppen for å utvikle diabetes (personer med nedsatt glukosetoleranse) er sannsynligvis like stort som tallet med kjent og ukjent diabetes til sammen. I tillegg til dette kommer personer med overvekt som ikke har diabetes eller nedsatt glukosetoleranse. Dette tallet er ukjent.

5.3.5 Ungdomshelse

Folkehelseinstituttet 2004:

- I Nordland er det vanligere blant jenter enn gutter å drikke alkohol hver uke.
- Jentene røyker mer enn guttene i alle fylker. Sammenligninger mellom seks fylker viser at det blant 15-16-åringene er flest som røyker i Finnmark og Troms. Nordland har lavest andel røykere.
- I Nordland og Troms bruker ungdom også mye snus. Det er stort sett gutter som bruker snus, men i Troms og Nordland er det 7-9 prosent av jentene som snuser av og til.
- Psykiske plager ser ut til å være noe hyppigere blant unge jenter enn blant gutter. Mellom tre og fem prosent av guttene og åtte til ti prosent av jentene hadde søkt hjelp for psykiske plager det siste året, viser ungdomsundersøkelsene.

Ungdomsundersøkelsen i Bodø 2005 konkluderer med at ”ungdommenes psykiske helse ser ut til å være rimelig bra. Dette gjelder blant annet i forhold til at de føler seg glade og tilfredse, de føler at de blir sett og hørt, de føler seg viktig for sine nærmeste, samt at de føler seg trygge og tatt vare på.” (Nordlandsforskning NF-rapport nr. 4/2006).

Helsestasjon for ungdom i Bodø har kartlagt sin aktivitet:

Helsestasjon for ungdom	2008	2009
Antall besøk totalt HFU	884	1163
Gutter besøk HFU	173	234
Jenter besøk HFU	711	929
Klamydiatester totalt:		477
Positive		119
Graviditetstester totalt:		150
Positive		7

5.3.6 Lokalt fritidstilbud

Barn og ungdommer i Bodø kommune har muligheten til å velge ei aktiv og innholdsrik fritid. Det fins en rekke prioriterte arenaer for barn og ungdom innenfor

kultur og fritid, både kommunale møteplasser og andre innenfor privat/offentlig sektor. Det er likevel ulikheter innenfor Bodø kommune, både når det gjelder geografi (færre tilbud i kommunens ytterkanter), økonomi (innvandrere, lavinntektsfamilier) og frafall i organisert aktivitet.

5.3.7 Integrering av innvandrere

Bodø har på linje med andre norske kommuner utviklet seg til et internasjonalt lokalsamfunn med mangfold i befolkningen. Dette er et resultat av familieinnvandring, arbeidsinnvandring og bosetting av flyktninger. Antallet utenlandsfødte innbyggere er fordoblet i løpet av de siste 10 årene, og både de og deres etterkommere blir i større grad værende i kommunen over tid. I tillegg er det et betydelig antall personer som har midlertidig opphold i kommunen fordi de er asylsøkere i statlig mottak eller studenter. Innvandrerbefolkningen i Bodø består av mange nasjonaliteter, de fleste av dem representert ved et lite antall personer. Russland, Filippinene og Thailand er relativt store nasjonalgrupper som har vært i Bodø lenge – Somalia, Irak/Kurdistan, Afghanistan og Eritrea/Etiopia er nyere grupper av en viss størrelse.

Risikofaktorer knyttet til levekår er de samme for alle Bodøværingene, også de med innvandrerbakgrunn. Det er derfor viktig at generelle beskyttelsestiltak får en utforming som ivaretar mangfoldet i befolkningen. På noen områder er imidlertid innvandrerbefolkningen spesielt utsatt.

- Arbeidsmarked, spesielt problematisk med muligheter for fast jobb
- Tilgang til boligmarkedet, både med tanke på å leie og å eie
- Mangelfull brukerkompetanse, vanskelig å finne fram i fragmenterte offentlige systemer
- Språkproblemer / mangel på informasjon
- Barns oppvekstvilkår / foreldrerollen i et nytt samfunn
- Fritidsaktiviteter, spesielt i barnefamilier
- Frafall i videregående skole

Høsten 2010 gjennomførte flyktningkontoret en rundspørring om status i de mest berørte kommunale tjenestene - skoler, barnehager, helsestasjoner, boligkontor, tildelingskontor, NAV, biblioteket. Det ble også gjennomført intervju med 10 relativt nyankomne brukere med ulik livssituasjon (nasjonalitet, kjønn, alder, sivilstatus, antall barn). Noen momenter og refleksjoner fra oppsummeringen:

- Alle tjenestene møter innvandrere i sitt daglige arbeid.
- Innvandrerne er ikke en homogen gruppe- det er mange kategorier og enkeltmennesker med ulike behov.
- Det er behov for å øke den flerkulturelle kompetansen i tjenesteapparatet.
- Behovet for særskilt tilrettelegging av tjenestene vurderes ulikt. De tjenestene som ikke er spesielt rettet mot innvandrere ser minst behov for tilrettelegging. Da blir det et spørsmål om de reelle behovene fanges opp.
- Det er et stort behov for tilrettelagt informasjon, herunder mer bruk av tolk.
- Alle tjenestene gir uttrykk for utfordringer i møte med innvandrere – mest fordi de opplever at brukerne har mangelfull forståelse for norske forhold.
- De brukerne som ble intervjuet gir jevnt over uttrykk for at de er fornøyd med tjenestetilbudet, særlig med de tilrettelagte tiltakene for nyankomne. Det kommer imidlertid fram et stort behov for tilpasset informasjon i det ordinære tjenesteapparatet. Det meste av info ser ut til å være på norsk. Brukerne uttrykker et sterkt behov for selvstendighet, ønsker hjelp til å klare seg selv.

5.3.8 Boforhold

Bodø kommune har ca. 800 kommunale boliger, herav 350 gjennomgangsboliger som tildeles av Tildelingskontoret. Kommunale boliger tildeles hushold som har vansker med å skaffe seg bolig eller beholde bolig i markedet. Ved rulleringen av rusmiddelpolitisk handlingsplan ble det pekt på flere utfordringer tilknyttet kommunens boligforvaltning. Bodø kommune har nylig etablert Boligkontor som skal ta tak i de problemstillingene som er påpekt fra ulikt hold.

Husbanken har gitt innspill på at bolig og bomiljøfokus med fordel kan fremheves mer slik at dette danner en klarere premiss for kommunens forebyggende arbeid. Uegnet/egnet bolig og bomiljø kan anses som både risikofaktor og beskyttelsesfaktor. Det kan i kommunens arbeid med rulleringen av boligsosial handlingsplan rettes et særskilt fokus på hvordan kommunens boligboligpolitikk påvirker barns og unges oppvekstvilkår.

6 Vurderinger

6.1 Utvikling av gode levekår

Denne saken tar ikke for seg en analyse av befolkningen med tanke på hvilken beholdning av ressurser enkeltindivider eller grupper i Bodø kommune har. Det er heller ikke foretatt målinger som kan si noe om innbyggernes evne til å virkeliggjøre muligheter eller hvor lykkelige de føler seg. Man har imidlertid pekt på en rekke risikofaktorer på individ- familie- og nærmiljønivå. Kommunens rolle i utviklingen av gode levekår handler om å gi det enkelte individ og familie gode vilkår for å utnytte egne ressurser, og sørge for riktige beskyttelsesfaktorer på alle nivå. Hvilke utslag dette gir i kommunalt tjenestetilbud, må beskrives innenfor hvert ”risikoområde”. ”Rusmiddelpolitisk handlingsplan 2011-2016” er et godt eksempel i så måte.

Gjennom målsettinger om en helsefremmende og langtidsfrisk organisasjon, og tiltakene knyttet til dette, søker kommunen bl.a. å redusere sykefravær blant de ansatte. På samme måte vil man gjennom systematisk og langvarig fokus på levekår oppnå positive konsekvenser for innbyggerne i Bodø kommune. Med erkjennelsen om at levekårsforbedringer vanskelig kan skje ”over natta”, må vi satse på gode forebyggende strategier på ulike nivå, og ha tro på at en samlet innsats over tid gir gode resultater. Dersom det forebyggende arbeidet ikke lykkes vil det ha store konsekvenser for hvert individ som ”faller utenfor”, og store økonomiske konsekvenser for samfunnet.

Samfunnsøkonomiske konsekvenser

Vista analyse A/S har laget en rapport som tar for seg samfunnsøkonomiske konsekvenser av marginalisering blant ungdom (2010/07). Formålet med utredningen var å bidra til å fremme kunnskap om helhetlig ressursinnsats overfor marginalisert ungdom i ulike aldre, samt kunnskap om samfunnsøkonomiske konsekvenser dersom marginaliseringsprosesser befestes gjennom et mer varig utenforskap. Funn fra undersøkelsen er blant annet:

- *Det er ca 2 – 4 % av ungdom under 20 år som er i en marginaliseringsprosess med høy risiko for å befestes sin marginaliseringsposisjon, eller står i fare for å gå over i varig utenforskap.*
- *For unge opp til 25 år øker andelen til 8 %, og befester seg på dette nivået som 30 åringer.*
- *I forhold til andre internasjonale undersøkelser tyder det på at gruppen marginalisert ungdom har lavere sannsynlighet for senere arbeidsdeltagelse i Norge enn i andre land. Hvorvidt dette skyldes forhold på arbeidsmarkedet, sjenerøse velferdsordninger eller andre forhold, krever nærmere utredninger*
- *Dersom man lykkes med å unngå uførhet vil i enkelttilfeller besparelsene i form av reduserte trygdeutbetalinger kunne bli på rundt 3mill pr. person. Behov for tydeligere roller og ansvarsfordeling i de offentlige tjenestene for aldersgruppen 16 – 25 vil gjøre kostnadseffektiviteten og treffsikkerheten bedre.*

- *Basert på stiliserte eksempler finner vi at den nedre samfunnsøkonomiske kostnaden ved marginalisert ungdom i alderen 16 - 20 ligger på en nåverdi på 5 mrd. pr. årskull.*
- *Selv små endringer som gjør at ungdom unngår uføretrygd, kan gi betydelige gevinster for samfunnet, og selvsagt for den enkelte ungdom samt han eller hennes familie.”*

Det kommunale plansystemet

En strategisk prosess for å forbedre levekårene for befolkningen i kommunen bør forankres i en kommunal planstrategi.

Langsiktige mål (LM) i Bodø kommune ble behandlet av bystyret i junimøtet 2007 der vedtatte mål for kommuneplanperioden 2003 – 2016 ble vurdert. Bystyret vedtok følgende mål for kommuneplanperioden 2009 – 2021 som er relevant for levekår:

LM 1: *Bodø kommune skal med utgangspunkt i egne fortrinn og særtrekk være et lokomotiv i utvikling og tilrettelegging av nye tjenester og funksjoner.*

LM 2: *Bodø kommune skal være en attraktiv kommune å bo og etablere seg i.*

- For alle innbyggerne innebærer dette:
 - En kommune som prioriterer en universell utforming av samfunnet – det vil si å sikre at alle grupper innbyggere skal ha en trygg og meningsfull hverdag med god tilgang til alle nødvendige funksjoner
 - En kommune som satser på forebyggende folkehelse gjennom:
 - Et trygt og godt miljø
 - Profilere fordelene ved en sunn livsstil (ernæring og fysisk aktivitet)
 - Rent drikkevann
 - Gode beredskapsordninger
- For de yngste innbyggerne innebærer dette:
 - Barna skal ha helsetjenester og barnehage tilbud tilgjengelig i sitt nærmiljø
 - Det skal være god samhandling i kommunens tjenestetilbud slik at overgangen til skolegang er vel tilrettelagt
- For de i skolepliktig alder innebærer dette:
 - Skole og relevant infrastruktur i nærmiljøet
 - Et skoletilbud som er tilpasset kravene til et framtidig læringsmiljø
 - Gode fritidstilbud

LM 3: *Kommunens befolkning og tilreisende skal oppleve et allsidig kultur- og fritidstilbud med høy kvalitet. Dette innebærer:*

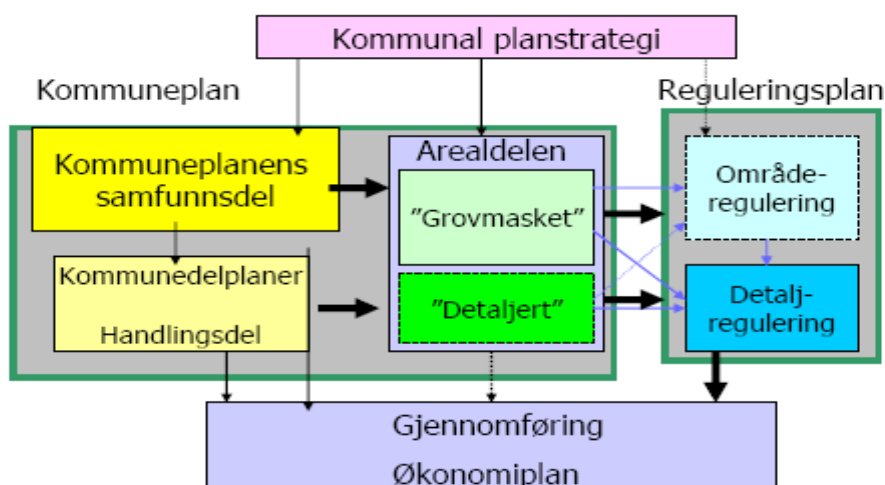
- Etablere gode kulturelle møteplasser gjennom bl.a. utbygging av Kulturkvartalet
- Være vertskap for regionale kulturtilbud, initiere og utvikle nye festivaler/ kulturbegivenheter/ idrettsarrangement ved eksempelvis å jobbe for å bli søkerby for det europeiske sommer-OL for ungdom i 2013
- Fysisk aktivitet og naturopplevelser for alle gjennom å sikre og utvikle tilstrekkelige uteområder med gode aktivitets- og naturkvaliteter.”

Det ble samtidig sagt at disse langsiktige målene skulle ha status som den strategiske samfunnsdelen i kommuneplanen og dermed være retningsgivende for perspektivmeldinger og økonomiplaner i denne kommuneplanperioden (2009 – 2021).

Ny plandel i plan – og bygningsloven trådte i kraft 1. juli 2009. Kommunen har nå etter § 10-1 fått plikt til å utarbeide kommunal planstrategi minst en gang i hver valgperiode og vedta den senest innen ett år etter at kommunestyret er konstituert. Kommunal planstrategi skal omfatte kommunens strategiske valg knyttet til utviklingen av kommunesamfunnet.

Etter disse nye bestemmelsene i plandelen i plan – og bygningsloven (jfr. § 10-1, se ovenfor) må kommunen i 2011/2012 vurdere dagens plansystem (langsiktige målsettinger, perspektivmelding, økonomiplan/ årsbudsjett, årsmelding og arealplan) tilfredsstillende lovkravet, eller om kommunen bør sette i gang en prosess for å utvikle langsiktige målformuleringer til en fullverdig strategisk samfunnsdel for Bodø kommune.

Mye taler for at kommunal planlegging for komplekse samfunnsområder som bl.a. levekår må forankres i kommuneplanens samfunnsdel for å kunne være styrende for andre planområder. All kommunal sektorplanlegging bør være forankret i kommuneplanens strategiske samfunnsdel (jfr. § 11-2 i ny plan- og bygningslov). Kommuneplanens samfunnsdel vil være en viktig arena for samordning mellom den enkelte sektors utfordringer og prioriteringer og kommunens samlede utvikling.



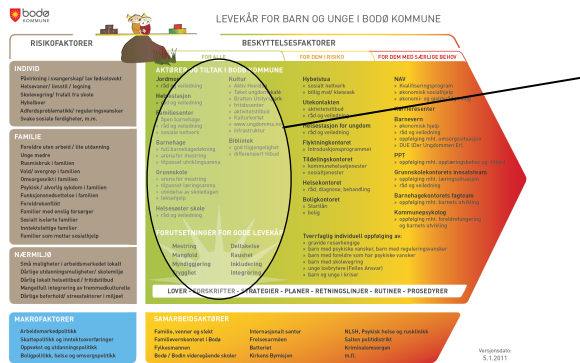
Det bør nevnes i denne sammenheng at ny plandel i plan- og bygningsloven viderefører intensjonene knyttet til hensynet til barn og unges interesser, og viktigheten av kommunens ansvar for barn og unge oppvekstvilkår. Loven forsterker kommunens ansvar for medvirkning fra befolkningen generelt og fra barn og unge spesielt (Rundskriv T-2/08 fra Miljøverndepartementet).

Forslag om ny folkehelselov gir også et lovkrav om at folkehelsestrategier skal forankres i samfunnsdelen i kommuneplanen.

6.2 Beskyttelsesfaktorer på tre nivå

Gjennomgående for alle planer som omhandler levekår bør være brukerfokus. Et solid brukerfokus i utviklingen sikrer målrettede beskyttelsestiltak som møter de risikofaktorene man står overfor.

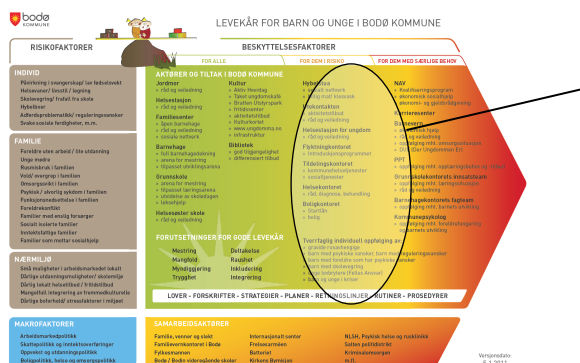
Tilbud for alle



Målgruppen er hele befolkningen eller store, uselekterte grupper. Mye av aktiviteten innenfor "det grønne feltet" er ikke problemrettet, men bidrar til å fremme individets velferd. Målet er å skape helsefremmende miljø med mestring, mangfold og læring for alle barn og unge.

Svangerskapsomsorgen, helsestasjonstilbudet, barnehagene og skolen er, ved siden av familien, grunnpilarer i barns oppvekst. God kvalitet på de ulike tilbudene er med på å styrke beskyttelsesfaktorer i barn og unges oppvekst. Tilfredshet med nære relasjoner er det som har størst betydning for folks oppfatning av egen lykke, hvilket understreker betydning av familiestøttende og nettverksbyggende tenkning og tiltak. En trygg familie med et støttende nettverk rundt seg er en god indikator for at barn og unge utvikler en god psykisk helse.

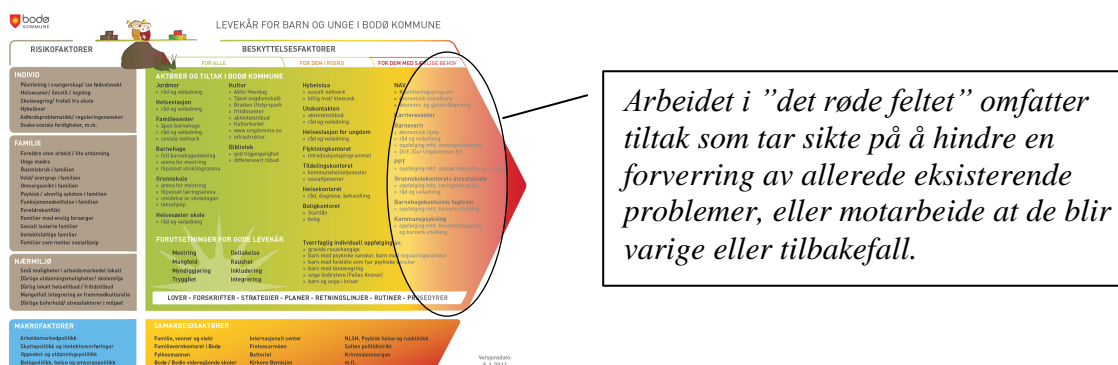
Tilbud for barn og unge i risiko



Arbeidet i "det gule feltet" omfatter tiltak rettet mot grupper i risiko, risikoområder og risikoområder. Målet er å hindre videreutvikling av risiko eller tilbakefall til vanskelige livssituasjoner.

Selv om risikofaktorene er kjent, vil det være stor grad av variasjon i forhold til omfang, varighet og intensitet i de risikoskapende prosessene. Målrettede tiltak favner et stort spekter av barn og unge. Eksempler på tiltak under denne kategorien er utekontakt, helsestasjon for ungdom og intervensjon i problemmiljøer.

Tilbud for barn og unge med særlige behov



Å sikre tilstrekkelige beskyttelsesfaktorer for barn av rusavhengige foreldre, eller barn med foreldre som strever psykisk er vesentlig for å forebygge problemutvikling for barnet. Enkelte familier har også et så høyt konfliktnivå mellom foreldrene at det går utover barnets psykiske helse. Disse alvorlige problemene er jevnt fordelt i alle lag av befolkningen, og gir store utfordringer i forhold til å gi barn og unge en trygg og stabil oppvekst.

I denne gruppen finner vi også barn med nedsatt funksjonsevne som trenger særskilt tilrettelegging, kanskje hele livet. I slike saker er det ofte mange hjelpere involvert på ulikt nivå, hvor noen er barnet eller ungdommens støttespillere, mens andre er foreldrenes hjelpere.

6.3 Møtet med hjelpeapparatet

Karakteristikkene av et godt fungerende hjelpeapparat kan deles inn i to (Åmodt, U.M. 2005).

Den praktiske siden av hjelpeapparatet handler om de konkrete tilbudene familiene får, i tillegg til tilgjengeligheten til tjenestene. For foreldrene er det viktig å få informasjon og at hjelpen er koordinert. De uttrykker at for å få hjelp er man avhengig av å treffe de "rette personene" (Åmodt 2005). Det kan stilles spørsmålsteget ved hvordan kvaliteten er sikret i hjelpeapparatet hvis det er helt personavhengig hva slags hjelp familiene får.

Den andre siden av hjelpeapparatet handler om klimaet i samarbeidsforholdet. Foreldrene ønsker seg hjelpere som har omsorg, viser forståelse og respekt, som lytter og gir veiledning. Foreldrene ønsker ikke å møte feilfrie hjelpere, men hjelpere som viser vilje, innrømmer det når de gjør feil og som viser interesse. Foreldrenes ønsker kan sammenfattes under begrepet anerkjennelse. Profesjonelle hjelpere vil jobbe for å utvikle sine holdninger og kommunikasjonsferdigheter, som sammen med kunnskapene er det verktøyet hjelpere har i møtet med foreldrene (Lassen 2002 i Åmodt 2005). Å forstå ens egen yrkesrolle som del av et apparat som representerer både makt og hjelp er også en viktig del av profesjonaliteten i hjelpende yrker.

6.4 Fokusområder 2011 - 2014

Levekårfeltet er stort og sammensatt. For å kunne jobbe med håndterlige deler av feltet må kommunen sette fokus på utvikling av de delene av kommunens tjenestetilbud som trenger det mest. Prioriteringene vil være avhengig av identifiserte risikofaktorer og karakteristika ved disse, samt vurderinger av eksisterende kommunalt tjenestetilbud og behovet for forbedring av beskyttelsesfaktorer.

De foreslåtte fokusområder vil være sammenfallende i større eller mindre grad, både når det gjelder risikofaktorer som ligger til grunn, og når det kommer til tiltakene man vil iverksette for å motvirke de. Slik sett vil man kunne komme innom ”all problematikk” innenfor hvert fokusområde. Dette er et uttrykk for kompleksiteten innenfor levekårsfeltet. I denne saken gjøres det forsøk på å vise at mange risikofaktorer henger sammen, og at de gjensidig påvirker hverandre. Tiltakene man setter i verk er imidlertid ofte rettet mot en spesiell målgruppe. Fokusområdene søker derfor å gi retning til hvilke beskyttelsesfaktorer kommunen skal bygge på først, og hvilke målgrupper/ risikofaktorer de skal dekke.

Fokusområdene omfatter ikke konkrete tiltak i denne saken. Videre arbeid med fokusområdene må konkretiseres i egne planer og inkluderes i kommunens plansystem. Her kan man vise til ”Rusmiddelpolitisk handlingsplan 2011-2016” som et godt eksempel på hvordan forebyggende rusarbeid utredes, settes i sammenheng med tilgrensende problematikk og konkretiseres gjennom tiltak.

Følgende fokusområder ligger til grunn for prioritering:

6.4.1 Forebyggende rusplan

Kommunen vedtok i sak 2010/1743 en rullering av ”Ruspolitisk handlingsplan, forebygging og brukerbehandling”. Planen er utarbeid etter den samme tilnærming som dette dokumentet. Målsettingene er overlappende med levekårsaken, og i vedtakets punkt B er det vedtatt konkrete tiltak fram mot 2016.

Hele den ruspolitiske handlingsplanen er dermed et utdypende dokument som skal jobbes med, og som må sees i sammenheng med det overordnede levekårsdokumentet. Sammenhengen er godt belyst i begge planene.

6.4.2 Forebygge frafallsproblematikk fra grunnskole og videregående skole

Vi har på nasjonalt og regionalt nivå et for høyt frafall i videregående skole. Dette vet vi vil få konsekvenser for mulighetene på arbeidsmarkedet. Statistisk sentralbyrå sier at de tror at i år 2025 vil bare 3 – 4 % av jobbene i Norge ha behov for kompetanse under videregående skoles nivå. Arbeid er en av de viktigste forutsetningene for gode levekår. Her er det fortsatt mulig å få ut bedre statistikk, samt analysere de tiltak som er igangsatt.

6.4.3 Forebygge psykiske lidelser og minimere konsekvenser av psykiske lidelser

Vi må tørre å gripe inn før det er for sent. Nesten hvert femte barn i Norge har psykiske vansker. Dersom barna fanges opp som to- til fireåringer kan de få hjelp før de utvikler alvorlige lidelser.

Vi må styrke innsatsen rettet mot barn gjennom utvikling og utprøving av tiltak:

- Oppdage tidligere (jf. Modellkommuneforsøket)
- Forebygge (jf. beskyttelsestiltak i Rusmiddelpolitisk handlingsplan)
- Sette i verk tiltak

6.4.4 Fremme sosiale ferdigheter hos alle barn og unge

Nasjonal og internasjonal forskning viser at det er en klar sammenheng mellom manglende sosial kompetanse hos barn og unge og lave skolefaglige ferdigheter (prestasjoner), lav positiv selvhevdelse, lav positiv mestringskompetanse, problematferd og svake relasjoner.

På denne bakgrunn er det viktig, i samarbeid med foreldrene, å arbeide systematisk med å utvikle barn og unges sosiale kompetanse gjennom familiesentrene, barnehagene og skolene.

6.4.5 Fremme fysisk aktivitet hos alle barn og unge

Barn og unge bør være fysisk aktive minst 60 minutter hver dag. Aktiviteten bør være så allsidig som mulig slik at motorikken utvikles. Kartlegginga av norske barn og unge sitt aktivitetsnivå viser et kraftig skille mellom de mest og minst aktive. Hvilke konsekvenser dette har for helsa til de som er inaktive, ser en først når de blir voksne.

Tidlig intervensjon er også viktig når det gjelder fysisk aktivitet fordi helsevaner utvikler seg i barndommen, jf. også kommunens erfaringer i prosjektet "Glade barn i vekst og balanse".

6.4.6 Styrke veiledningstilbudet til foreldre

Tiltak for å bedre foreldrenes omsorgsevne er blant annet foreldreveiledning og gruppetilbud til spesifikke risikogrupper som for eksempel foreldre med urolige spedbarn, jevnlig oppfølging av premature barn, unge mødre, samt oppfølging i samarbeid med ulike tjenester (kommunepsykolog, barneverntjenesten, PPT, BUP).

Kapasiteten på kommunens foreldreveiledningstilbud er fullt utnyttet, og familier må stå på venteliste. Kapasiteten bør derfor utvides. Tilbudet bør også utvides til også å omfatte familier med barn opp til 18 år, i dag er grensen 12 år.

6.4.7 Fremme et mer inkluderende Bodø-samfunn

Vår evne til å integrere nyankomne flyktninger og innvandrere og å skape et inkluderende samfunn vil være utslagsgivende for videreutvikling av velferdssamfunnet (jf. rådmannens saksfremlegg 15.04.2010).

Bodø kommune må i større grad bidra til at innvandrere får seg arbeid, får tilgang til boligmarkedet, finner fram i det kommunale systemet, finner tilrettelagt informasjon, veiledes i foreldrerollen og at fritidstilbudet gjøres tilgjengelig for barn og unge.

6.4.8 Barn med utviklingshemming og nedsatt funksjonsevne

Barn med utviklingshemming, og barn med nedsatt funksjonsevne vurderes å være en risikogruppe i seg selv. Bodø lokallag av NFU har i sitt innspill til dette arbeidet pekt på at barn med nedsatt funksjonsevne er mer utsatt enn andre for sosial eksklusjon, for lav fysisk aktivitet, for utvikling av utilstrekkelig sosiale ferdigheter, atferdsvansker

og psykiske lidelser. Nordlandsforskning fremhever skolesituasjonen og de betydelige utfordringene unge funksjonshemmede har med å få jobb etter endt utdanning.

6.4.9 Utvikle ”Det nye barnevernet”

Gjennom forskningsprosjektet ”Det nye barnevernet – del 1” i 2010 kom det blant annet fram at en overveiende stor del av brukerfamiliene i barnevernet tilhører marginaliserte grupper med lav sosioøkonomisk status, lave inntekter, svak tilknytning til arbeidsmarkedet og høy forekomst av somatisk og psykisk sykdom. Barnevernets praksis karakteriseres som en familieorientert tjeneste som svarer på behov hos barn og foreldre. Bare et mindretall blant familiene som til enhver tid har befatning med barnevernet er preget av akutt risiko for barna, omsorgssvikt eller avvikende asosial adferd hos barnet. Et flertall av familiene får praktisk hjelp, økonomisk bistand eller avlastning.

På bakgrunn av disse analysene blir det viktig å ha fokus på familiene som får bistand fra barnevernet og hvordan man fremmer bedre samhandling og oppgavefordeling mellom ulike tjenester i kommunen.

6.4.10 Fremme universell utforming

Universell utforming er nå nedfelt i formålsparagrafen i ny plan- og bygningslov. I § 1-1 heter det at prinsippet om universell utforming skal ligge til grunn for planlegging og kravene til det enkelte byggetiltak. Dette betyr at likeverdige muligheter til samfunnsdeltakelse skal fremmes gjennom plan- og bygningslovens system og bestemmelser.

Universell utforming er en kostnadseffektiv strategi. Erfaringer viser at løsninger som tilstreber universell utforming og tar hensyn til mennesker med nedsatt funksjonsevne ikke blir dyrere dersom dette innarbeides i en tidlig fase av planlegging og prosjektering.

Likestillings- og diskrimineringsombudet forvalter Lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne (diskriminerings- og tilgjengelighetsloven). I § 9 heter det at offentlig virksomhet skal arbeide aktivt og målrettet for å fremme universell utforming innenfor virksomheten.

6.4.11 Utvikle gode boforhold og bomiljø

Viktigheten av å sette fokus på boligen og bomiljøets betydning for å skape et godt og trygt oppvekstmiljø for barn og unge er påpekt. Ved rulleringen av boligsosial handlingsplan foreslås det innarbeidet et særskilt fokus på trygge boforhold/miljø for barn og unge i Bodø kommune.

6.4.12 Videreutvikle familiesentrene

På bakgrunn av den tverrfaglige jobbingen i familiesentrene er det kommet fram at det er behov for å se på hvilke andre samhandlingspartnere som må inkluderes i arbeidet tilknyttet familiesentrene ut fra brukernes behov for tidlig koordinert innsats. Det er også behov for å systematisere de dataene vi har fra hvert familiesenterområde for å kunne bruke ressursene der utfordringene er, samt å hindre dobbeltarbeid mellom sektorene. Spesielt er det ønskelig å se på tilknytningen mellom aktuelle tjenester som har med barn, unge og deres familier å gjøre i avdelingene OK og HS.

7 Konklusjon og anbefaling

7.1 Tre sentrale føringer

Hensyn til barn og unges levekår må være gjennomgående på tvers av programområder. Når politiske vedtak fattes må det vies oppmerksomhet til levekårskonsekvenser, særlig for barn og unge. Hensyn til barn og unges levekår må være gjennomgående høyt prioritert. Kortsiktige økonomiske hensyn må vurderes mot økonomisk langtidshensyn, levekårshensyn og kommunens verdigrunnlag.

Prinsippet om *tidlig intervensjon* skal ligge til grunn for all forebyggende virksomhet. Dette stiller krav til alle som jobber med barn og unge. Å oppdage og samtale om ulike risikofaktorer med foreldre så tidlig som mulig, og handle ved å styrke beskyttelsesfaktorene, gir gode odds for videre positiv utvikling.

Samordning av tjenester skal stå sentralt. Hensynet til barn, unge og familier skal gå foran organisasjonsmessig tilhørighet og ansvarsområde.

7.2 Tre nivå av beskyttelsesfaktorer

Bodø kommune skal søke stadige forbedringer i tilbudet til kommunens barn, unge og familier. Forbedringsarbeidet skal baseres på kunnskap om risikofaktorer, og forbedring skal søkes gjennom utvikling av beskyttelsesfaktorer på tre områder:

- kommunens tilbud for alle barn og unge
- kommunens tilbud for barn og unge i risiko
- kommunens tilbud for barn og unge med særlige behov

7.3 Fokusområder for perioden 2011 - 2014

Følgende fokusområder til grunn for prioritering (ikke prioritert rekkefølge):

1. Oppfølging av forebyggende rusplan, jf. bystyrets vedtak i sak PS 10/135
2. Forebygge frafallsproblematikk fra grunnskole og videregående skole
3. Forebygge psykiske lidelser og minimere konsekvenser av psykiske lidelser
4. Fremme sosiale ferdigheter hos alle barn og unge
5. Fremme fysisk aktivitet hos alle barn og unge
6. Styrke veiledningstilbudet til foreldre
7. Fremme et mer inkluderende Bodø-samfunn
8. Barn med utviklingshemming og nedsatt funksjonsevne
9. Utvikle "Det nye barnevernet"
10. Fremme universell utforming
11. Utvikle gode boforhold og bomiljø
12. Videreutvikle familiesentrene

8 Litteraturliste

Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet 2010. *Det magiske øyeblikket. Hvordan komme i kontakt med ungdom som sliter*. Veileder. Tilgjengelig online:

http://www.regjeringen.no/upload/BLD/Rapporter/2010/Veiledningshefte_Det_Magiske_oyeblikket.pdf

Bodø kommune 2008. *Kommunedelplan fysisk aktivitet og naturopplevelse 2008-2011*.

Tilgjengelig online:

<http://www.bodo.kommune.no/index.php?ID=429&lang=nor&displayitem=333&module=tjenester>

Children in Scotland 2010. *Working for inclusion: how early childhood education and care (ECEC) and its workforce can help Europe's youngest citizens*. Tilgjengelig online:

<http://www.childrenscotland.org.uk/docs/WFIFinalReportDecember2010.pdf>

Dagens medisin 09.02.2010. *Alkohol reduserer barnas evner*. Tilgjengelig online:

<http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2010/02/09/alkohol-reduserer-barnas-e/index.xml>

Fafo-rapport 2009:38 (Nadim M. og Nielsen R.A.). *Barnefattigdom i Norge. Omfang, utvikling og geografisk variasjon*. Fafo. Tilgjengelig online:

<http://www.fafo.no/pub/rapp/20128/20128.pdf>

Fafo-rapport nr. 5/ 2007 (Bråten, M., Djuve, A.B., Dølvik, T., Hagen, K., Hernes, G. og Nielsen, R.A.), 2007. *Levekår på vandring. Velstand og marginalisering i Oslo*. Tilgjengelig online: <http://www.fafo.no/pub/rapp/20005/20005.pdf>

Finansdepartementet 2010. *Statsbudsjettet 2010*. Tilgjengelig online:

<http://www.statsbudsjettet.dep.no/Statsbudsjettet-2010/Dokumenter/html/Meld-St-1/35698/35705>

Folkehelseinstituttet 2004. *Ungdomsundersøkelsene*. Mer informasjon:

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5631:0:15,4130:1:0:0:::0:0

FOU 9/2009. *Et liv jeg ikke valgte*. Universitetet i Agder og Agderforskning. Tilgjengelig

online: [http://www.agderforskning.no/reports/fou92009_ungeufoere_i_fire_fylker_\(1\).pdf](http://www.agderforskning.no/reports/fou92009_ungeufoere_i_fire_fylker_(1).pdf)

Handlingsplan mot fattigdom, 2006. Vedlegg til St.prp. nr. 1 (2006_2007) –

Statsbudsjettet 2007. Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Tilgjengelig online:

http://www.regjeringen.no/upload/kilde/pla/2006/0001/ddd/pdfv/292446-h-plan2006_fattigdom.pdf

Helsedirektoratet 2009. *Fysisk aktivitet blant voksne og eldre*. Tilgjengelig online:

http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00267/Fysisk_aktivitet_bl_267299a.pdf

Helsedirektoratet 2010. *Fra Bekymring til handling* (IS-1742). Tilgjengelig online: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00175/Fra_bekymring_til_h_175049a.PDF

HUNT 2009. *Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag*. NTNU. Tilgjengelig online: http://www.ntnu.no/c/document_library/get_file?uuid=c3db159c-dafc-4d16-b626-e7bc3a65586e&groupId=10304

Ingul, J. M. (2005). *Skolevegring hos barn og ungdom*. I: Voksne for barn, Årsrapport om barn og unges psykiske helse, s.27-39.

Kearney, C. A. (2001). *School refusal behavior in youth: A Functional Approach to Assessment and Treatment*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

Kearney, C. A. (2008). *School absenteeism and school refusal behavior in youth: A contemporary review*. *Clinical Psychology Review*, 28(3), 451-471.

Nordahl, T., Sørli, M. A., Manger, T. og Tveit, A. 2005. *Atferdsproblemer blant barn og unge*. Bergen: Fagbokforlaget.

Nordlandsforskning NF-rapport nr. 4/2006 (Handegård T. L., Gjertsen H.), 2006. *En passe stor by... Ungdomsundersøkelsen 2005, Bodø kommune*. Nordlandsforskning. Tilgjengelig online: http://www.nforsk.no/files/Rapporter%202006/rapp_04_06.pdf

NOU 1998:18. *Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. Utredning fra et utvalg oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet 16. juli 1997. Tilgjengelig online: <http://www.regjeringen.no/Rpub/NOU/19981998/018/PDFA/NOU199819980018000DDDDPDFA.pdf>

NOVA-rapport 7/2008 (Sandbæk M. red.). *Barns levekår. Familiens inntekt og barns levekår over tid*. NOVA. Tilgjengelig online: http://www.nova.no/asset/3379/1/3379_1.pdf

Rostad Anne M. *Barn i risiko – hvordan gjenkjenne tidlige vansker i de første levemånedene*. Presentasjon. Tilgjengelig online: <http://www.fos-sunnh.no/media/Leiarkonferansar/sosial%20risiko%20rus%20depresjon-effekterAM%20Rostad.ppt#256,1>, *Barn i Risiko- Hvordan gjenkjenne tidlige vansker i de første levemånedene v Dr. Polit/Psykologspesialist Anne Margrethe Rostad*

St. meld. nr. 6, 2002–2003. *Tiltaksplan mot fattigdom*. Oslo: Sosialdepartementet. Tilgjengelig online: <http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20022003/006/PDFS/STM200220030006000DDDDPDFS.pdf>

St. melding nr. 12, 2008 – 2009. *En gledelig begivenhet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig online: <http://www.regjeringen.no/pages/2152512/PDFS/STM200820090012000DDDDPDFS.pdf>

Statistisk sentralbyrå (SSB) 2010. *Seksuell identitet og levekår*. Tilgjengelig online: http://www.ssb.no/magasinet/slik_lever_vi/art-2010-04-07-01.html

Statistisk sentralbyrå 2003. *Barn av enslige forsørgere 2000*. Tilgjengelig online:
http://www.ssb.no/magasinet/slik_lever_vi/art-2003-06-13-01.html

Utdanningsdirektoratet 2009. *Veileder til opplæringsloven om spesialpedagogisk hjelp og spesialundervisning*. Tilgjengelig online:
http://www.udir.no/upload/Brosjyrer/Veiledn_Spesialundervisn_2009.pdf

Åmodt, U. M. (2005). *Møtet med hjelpeapparatet. Foreldres opplevelse av hva som er et godt hjelpeapparat*. Hovedoppgave, Universitetet i Oslo.

VEDLEGG 1

Utvalgte nøkkeltall, kommuner - nivå 1					
	1804 Bodø 2009	KG13 Gj.snitt kommune gruppe 13 2009	KA18 Gj.snitt Nordland 2009	AKUO Gj.snitt landet utenom Oslo 2009	AK Gj.snitt alle kommune r 2009
Finansielle nøkkeltall					
Brutto driftsresultat i prosent av brutto driftsinntekter	2	0,9	3,9	1,3	1,2
Netto driftsresultat i prosent av brutto driftsinntekter	1	2,3	3,6	2,7	2,7
Langsiktig gjeld i prosent av brutto driftsinntekter	192,7	174,5	185,8	175,9	170,3
Arbeidskapital i prosent av brutto driftsinntekter	37,2	24,1	18,9	22	21
Frie inntekter i kroner per innbygger	30822	31643	37996	33708	34359
Netto lånegjeld i kroner per innbygger	44977	34907	41364	36576	29649
Prioritering					
Netto driftsutgifter per innbygger 1-5 år i kroner, barnehager	15097	15580	17498	16040	17554
Netto driftsutgifter til grunnskoleopplæring (202, 214, 215, 222, 223), per innbygger 6-15 år	79102	77631	90975	83153	84597
Netto driftsutgifter pr. innbygger i kroner, kommunehelsetjenesten	1780	1531	2179	1740	1710
Netto driftsutgifter pr. innbygger i kroner, pleie- og omsorgstjenesten	11333	12343	15722	13216	12953
Netto driftsutgifter til sosialtjenesten pr. innbygger 20-66 år	3105	2745	2801	2442	2703
Netto driftsutgifter per innbygger 0-17 år, barneverntjenesten	4624	5309	5352	5379	5524
Netto driftsutgifter til administrasjon og styring i kr. pr. innb.	2970	2829	4633	3596	3591
Dekningsgrad					
Andel barn 1-5 år med barnehageplass	92,7	89	91	89,3	88,5
Andel elever i grunnskolen som får spesialundervisning, prosent	7,2	6,9	10,3	7,6	7,6
Legeårsverk pr 10 000 innbyggere, kommunehelsetjenesten	9,1	8,7	11,6	9,5	9,5
Fysioterapiårsverk per 10 000 innbyggere, kommunehelsetjenesten	8,1	8,6	9,4	8,6	8,6
Andel mottakere av hjemmetjenester over 67 år	..	..	..	..	..
Andel plasser i enerom i pleie- og omsorgsinstitusjoner	100	94,1	96,2	94	93,7
Andel innbyggere 80 år og over som er beboere på institusjon	13,5	13	15	14,3	14,6
Andelen sosialhjelpsmottakere i alderen 20-66 år, av innbyggerne 20-66 år	3,4	3,8	4,5	3,8	3,9
Andel barn med barneverntiltak ift. innb. 0-17 år	3	3,9	5	4,2	4,3
Lengde kommunale veier og gater i km pr. 1 000 innbygger	7,2	5,6	15	8,8	7,9
Sykel-, gangveier/turstier mv. m/kom. driftsansvar per 10 000 innb.	14	26	32	37	36
Kommunalt disponerte boliger per 1000 innbyggere	21	20	25	21	21
Årsverk i brann- og ulykkesvern pr. 1000 innbyggere	..	..	..	..	..
Produktivitet/enhetskostnader					
Korrigerte brutto driftsutgifter i kroner per barn i kommunal barnehage	135709	132217	131590	133100	133513
Korrigerte brutto driftsutgifter til grunnskole (202, 222, 223), per elev	79699	78046	90151	84422	83426
Gjennomsnittlig gruppestørrelse, 1.til 7.årstrinn	12,6	14,2	11,2	13	13,2
Gjennomsnittlig gruppestørrelse, 8.til 10.årstrinn	13,8	16	12,2	14,6	14,8
Korrigerte brutto driftsutg pr. mottaker av hjemmetjenester (i kroner)	155343	182049	177622	179263	175817
Korrigerte brutto driftsutgifter, institusjon, pr. kommunal plass	982955	857826	846376	830136	823708
Årsgebyr for vannforsyning (gjelder rapporteringsåret+1)	2502	1762	2914	2711	2707
Årsgebyr for avløpstjenesten (gjelder rapporteringsåret+1)	2024	2500	2505	3104	3101
Årsgebyr for avfallstjenesten (gjelder rapporteringsåret+1)	1800	2180	2482	2296	2296
Gjennomsnittlig saksbehandlingstid, byggesaker (kalenderdager)	34	49	32	38	39
Gjennomsnittlig saksbehandlingstid, vedtatte reguleringsplaner (kalenderdager)	110	280	169	269	278
Gjennomsnittlig saksbehandlingstid, kartforretning (kalenderdager)	90	88	73	85	86
Brutto driftsutgifter i kr pr. km kommunal vei og gate	123223	153258	82862	104409	116626
Lovanvendelse					
Andel søknader om motorferdsel i utmark innvilget.	97	..	..	..	..
Andel dispensasjonssøkn. for nybygg i 100-m beltet langs saltvann innvilget	58	47	76	66	66