



Foto: C.T. Wesenberg

Av: Anna Opland Stenersen, Utekontakten
Bydel Nordstand i Oslo

Ved å oppsøke ungdom der ungdom er, når man lettere frem til de som faller utenfor. I denne artikkelen skal vi se nærmere på hvordan oppsøkende arbeid også kan bidra inn i det lokale folkehelsearbeidet.

Oppsøkende arbeid er helsefremmende

Norge er verdens rikeste land og verdens beste land å bo i. Samtidig blir de rike rikere og de fattige fattigere, også her til lands. Flere barn vokser opp i familier med lav inntekt, med en økning fra 5 til 8 % i perioden 2002-2012 (Riksrevisjonen, 2013-2014). En av målsetningene i folkehelsearbeidet er å minske den systematiske sosiale ulikheten i helse. Målet for oppsøkende sosialt ungdomsarbeid er å forhindre at unge havner på utsiden av samfunnet. Kan oppsøkende sosialt ungdomsarbeid bidra i det forebyggende og helsefremmende folkehelsearbeidet? I denne artikkelen vil jeg argumentere for at oppsøkende arbeid kan bidra til å forhindre en reproduksjon av helseulikheter gjennom å identifisere og fremme helsen til levekårsutsatte barn og unge, og dermed være en viktig del av det overordnede folkehelsearbeidet.

Folkehelsearbeid; å minske sosial ulikhet i helse

Da Samhandlingsreformen og Folkehelseloven trådte i kraft i januar 2012, fikk

alle kommuner ansvar for forebygging og helsefremmende arbeid i samtlige samfunnssektorer. Tanken var at ansvaret skulle gi kommunene et motiv for å satse på helhetlig tenkning, forebygging og tidlig intervensjon, og dermed spare kostnader ved sykehusinnleggelse (Sosial- og helsedepartementet, 2009). Kommunene er altså lovpålagt å drive forebyggende arbeid, derunder folkehelsearbeid. I Folkehelselovens § 3 defineres folkehelsearbeid som:

Samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen (Folkehelseloven).

Å få til en 'jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen' krever at man har kunnskap om hva som påvirker helsen, såkalte helsedeter-

minanter, som igjen avhenger av hvordan man forstår helse. For å kunne si noe om folkehelsearbeid, er det derfor nødvendig å avklare disse begrepene først.

Helse og helsedeterminanter

På verdensbasis har man lenge vært enige om at helse er mer enn fravær av sykdom, noe som blant annet gjenspeiles i Verdens helseorganisasjons definisjon av helse som 'en tilstand av komplett fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lyte' (WHO, 1946). Definisjonen kan sies å være mer en retningsgivende visjon enn et oppnåelig mål, og i et folkehelseperspektiv tar man ofte utgangspunkt i Peter Hjorts definisjon av helse som overskudd i forhold til hverdagens krav (Hjort, 1982). Felles for begge definisjonene er at man i stedet for å fokusere på årsaker til sykdom (patogenese), legger vekt på det som bidrar til å holde mennesker friske – hva som skaper og fremmer helse – det Antonovksy (1979) kaller salutogenese. Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO, 1986) er helsefremmende arbeid 'prosessen som setter folk bedre i stand til å få økt kontroll over og forbedre og bevare sin helse', og krever innsatser som går ut over individuell atferd og retter seg mot en større bredde av sosiale og miljømessige faktorer.

Ifølge Canadas tidligere helseminister Wildavsky (1977), er det kun 10 prosent av folks helseproblemer som helsetjenesten kan gjøre noe med. De resterende 90 prosentene av menneskers helse på-

virkes av og skapes andre steder enn i helsesektoren. Helse blir med andre ord til der folk lever, og helsedeterminanter strekker seg fra individuelle livsstilsfaktorer til sosiale strukturer i nabolag og lokalsamfunn, til økonomiske, kulturelle og politiske forhold i samfunnet (Dahlgren og Whitehead, 1991).

Sosial ulikhet i helse

Med uttrykket 'sosial ulikhet i helse' siktes det til systematiske forskjeller i helse, basert på kategorier som yrke, utdanning og inn-

tekt, såkalt sosioøkonomisk status (Dahl, Bergsli og van der Wel, 2014). Dette kalles gradientutfordringen, og er fokus i folkehelsearbeid over hele verden. Det har nemlig vist seg at de med høyere sosioøkonomisk status har gjennomsnittlig bedre helse enn de med lavere sosioøkonomisk status, og omvendt. Gradienten forklares gjennom en tendens til opphoping av risikofaktorer gjennom livsløpet, der ulikheter i risikofaktorer hos barn og unge kan bli markante sosiale, økonomiske og helsemessige forskjeller senere i livet. Slik reproduseres ulikhetene i neste generasjon (Dahl m. fl., 2014). Det er ikke påvist biologiske grunner til forskjellene i risikofaktorer, dermed må man ta utgangspunkt i det sosiale. Den gode nyheten med en sosial årsaksforklaring er at det er mulig å gjøre noe for å motvirke ulikheten. Ifølge professor i folkehelse, Sir Michael Marmot (2010), er den relative ulikheten mer avgjørende for helsetilstanden enn den faktiske levestandarden. For å kunne redusere ulikheter i helse må man ifølge Marmot

Ifølge Canadas tidligere helseminister Wildavsky (1977), er det kun 10 prosent av folks helseproblemer som helsetjenesten kan gjøre noe med.

(2010) rette innsatsen mot sosiale helse-determinanter, som i all hovedsak dreier seg om levekår. Den nevnte økende forskjellen mellom fattig og rik i Norge er derfor et faresignal for folkehelsen, og bør gi retning for folkehelsearbeidet. Folkehelseinstituttets konklusjon i den nyeste folkehelse rapporten sammenfaller i stor grad med Marmots (2010), som fastslår at 'en utjevning av de sosiale helseforskjellene innebærer et stort potensiale for folkehelsen' (FHI, 2014).

Levekår og helse

Som nevnt innledningsvis er det et økende antall fattige i Norge, og forskjellene øker. I 2012 var det 78.000 barn og unge i Norge som bodde i familier med en inntekt under 60 % av EUs lavinntektsmål, noe som var en økning på 3 prosent siden 2002 (Riksrevisjonen, 2013-2014). Ungdata fra 2010-2012 viser tydelige sammenhenger mellom familiens økonomiske ressurser og ungdoms livskvalitet (NOVA, 2013). Av de ungdommene som rapporterer om dårlig familieøkonomi, er det 48 prosent som er fornøyd med helsa si, mens av dem som opplever god familieøkonomi er det 75 prosent som sier det samme. Den samme forskjellen ser man også blant dem som rapporterer at de har skulket skolen siste år; 47 prosent er ungdom som opplever dårlig familieøkonomi mot 20 prosent av ungdom som opplever god familieøkonomi, og blant dem som er fornøyd med lokalmiljøet er 44 prosent ungdom som opplever dårlig familieøkonomi mot 72 prosent av ungdom som opplever god familieøkonomi (NOVA, 2013). En kunnskapsoppsummering gjort i Sverige fra 2002 viste at psykiske helseproblemer i gjennomsnitt var 70 % vanligere blant barn av foreldre med lav sosioøkonomisk status, sam-

menlignet med barn av foreldre med høy sosioøkonomisk status (Bremberg, 2002). I tillegg viser Ungdata en klar sammenheng mellom dårlig råd i familien og risikofaktorer relatert til rusmiddelbruk, kriminalitet, mobbing og vold, samt lavere deltakelse på organiserte fritidsaktiviteter (NOVA, 2013). Disse funnene viser forskjeller på viktige helsedeterminanter som opplevd helse, motivasjon for skole og utdanning, risikoatferd, deltakelse i fritidsaktiviteter og tilhørighet i lokalmiljøet. Den nyeste Ung i Oslo-undersøkelsen viser det samme; de unge som vokser opp med færrest sosioøkonomiske ressurser, har en vanskeligere oppvekst enn andre ungdommer i Oslo. Gruppen kommer systematisk dårligere ut på de fleste områder (NOVA, 2015).

Oppsøkende arbeid

Målet med oppsøkende sosialt arbeid med ungdom er å 'bedre barn og unges levekår' gjennom å 'oppsøke, etablere kontakt, motivere for beskjefligelse, hjelp og behandling, formidle til tiltak, og samle viten om barn og ungdoms levekår' (NOU 1980: 37, s. 16). Oppsøkende arbeid har fokus på kontaktetablering og ressursformidling, og retter seg mot grupper av ungdom som ofte er vanskelige å nå på andre måter ved å være tilstede der ungdom er på de tidspunktene de er der (Andersson, 2010).

Én måte å utjevne den sosiale gradienten på vil være å løfte den gruppa som befinner seg nederst på gradienten. Oppsøkere kan tidlig identifisere og komme i kontakt med sosialt marginalisert ungdom, og dermed komme i posisjon til å sette i gang kompenserende tiltak tidligere enn andre hjelpeinstanser (Pedersen, 2015). Som utekontakter kommer

vi i snakk med mange ungdommer hver uke, når vi er ute på skolene på dagtid og rundt i bydelen på kveldstid og i helgene. Ungdom vi møter ute i bydelen på kveldstid er ofte ungdom som ikke deltar på organiserte fritidsaktiviteter. Ofte er dette også ungdom som av ulike grunner velger bort skole, og som ofte uttrykker at de ikke kan påvirke eller mestre eget liv. Ung i Oslo-rapporten viser at ungdommenes sosiale bakgrunn har stor betydning for hvordan de opplever og tilpasser seg de viktige arenaene i sine liv, enten det handler om familie, skole eller fritid (NOVA, 2015). Jeg vil hevde at deltakelse et viktig ord som knytter oppsøkende arbeid og folkehelsearbeid sammen. På hvilken måte kan oppsøkende arbeid fremme ungdoms deltakelse på skolen, på fritiden, og i eget liv – og dermed bidra til å motvirke den systematiske ulikheten i helse?

For å belyse denne sammenhengen, vil jeg bruke eksempler fra min egen arbeidsplass som er en relativt stor bydels-utekontakt i Oslo. Eksempelene er satt sammen av reelle hendelser, men endret for å beskytte de ungdommene det gjelder.

Å delta på skolen

"Det er ingen på skolen som bryr seg. Jeg får ikke til noe uansett".

Jente 15 år.

Det er en kjent sak at mange unge faller fra i skolen. Gjennomsnittlig er det 1 av 3 som ikke fullfører videregående opplæring på normert tid (SSB, 2015). Til tross

Gjennomsnittlig er det 1 av 3 som ikke fullfører videregående opplæring på normert tid.

for den store oppmerksomheten rundt tiltak rettet mot unge i fare for å avbryte videregående opplæring, gjenstår og øker betydningen av sosial posisjon for gjennomføringen. I løpet av 2000-tallet har forskjellene i sosioøkonomisk bakgrunn fått større betydning for ulikhetene i grunnskolekarakterer (Bergsli, 2013). I dagens «kunningskapsfunn» er utdanning en viktig helse-determinant, som

kan være avgjørende for å kunne delta i samfunnet på lik linje med andre. Problemer på grunnskolen øker sannsynligheten for å falle utenfor utdannings-systemet, og sannsynligheten for at den framtidige tilknytningen til arbeidslivet blir svak (Frønes & Strømme, 2014). Derfor er det et tankekors at hele 70 prosent av unge som ikke fullfører skolen er fra familier med lav sosioøkonomisk status (Dahl m. fl., 2014). Det store folkehelseproblemet frafall i skolen kan se ut til å følge den samme, systematiske ulikheten som helsegradienten.

Utekontakten driver blant annet oppsøkende arbeid i skoletiden. Dette innebærer at to utekontakter kommer en fast dag i uken i storefri, og gjør seg synlige og tilgjengelige for ungdommene. Sakte, men sikkert, kan vi etablere kontakt med ungdommene og gjøre oss gjeldende også på skolearenaen – uten å være en voksen de må forholde seg til resten av skoledagen. Ved å fortelle ungdom at vi er opptatt av hvordan de har det, også på skolen, legger vi til rette for at de kan komme med frustrasjoner. Jenta i sitatet ovenfor uttrykker det mange skoleleie ungdommer kan oppleve; nemlig oppo-

sisjon til skolen, som i deres øyne har behandlet dem urettferdig, og en håpløshet når det kommer til deres egen mestring av og deltakelse i skolen.

Vi kom i snakk med jenta i et storefri. Hun fortalte at hun hadde skulket tentamenen dagen før fordi hun mente hun ikke ville klare det uansett. Vi snakket sammen om hva som skulle til for at hun ville oppleve å få til tentamenen, der det blant annet kom fram at hun hadde krav på tilrettelegging hun mente hun ikke fikk. Takket være et godt og tett samarbeid med skolen fra før, var det lett å gå innom kontoret til riktig person og videreformidle hva jenta hadde sagt – med tillatelse fra jenta. Skolen på sin side hadde ikke hørt disse tingene før, men ønsket gjerne å ta en prat med jenta. Utekontakten snakket igjen med jenta, for å motivere henne til å snakke med skolen. I hennes øyne var det ikke vits i å si i fra fordi "ingen ting skjer uansett". Vi ble enige om at utekontakten kunne bli med på møtet, og sikre at jentas stemme ble hørt. I møtet med skolen, jenta, mor og utekontakt fikk både jenta og skolen lagt fram sine sider av saken, og kom fram til løsninger som innfridde noen av jentas ønsker. Jenta fikk en ny sjanse til å ta tentamenen, og kom strålende fornøyd til utekontaktens kontor etterpå for å fortelle om det.

Som en voksenperson utenfra kan utekontakten være en brobygger mellom ungdom og skole. Skolen og ungdommen har ofte har ulike opplevelser av hvordan ting er, hva som har blitt gjort, og hva som bør gjøres. I mange tilfeller har ikke ungdommene foreldre som kan fremme deres sak i skolen, for eksempel på grunn av manglende språkferdigheter eller innsikt i skolesystemet. Dermed

mangler et mellomledd som kan tilrettelegge for at ungdom og skole får oppklart misforståelser og uenigheter, slik at relasjonen mellom ungdom og skole kan gjenopprettes og styrkes – noe som kan være avgjørende for å forebygge fravær og senere frafall i skolen.

Å delta på fritiden

Ung i Oslo-undersøkelsen viser at stadig flere unge sliter med psykiske helseplager, særlig jenter (NOVA, 2015). Som nevnt tidligere er psykiske helseproblemer vanligere blant barn av foreldre med lav sosioøkonomisk status, sammenlignet med barn av foreldre med høy sosioøkonomisk status (Bremberg, 2002) – og er dermed en del av den sosiale ulikheten i helse. Psykiske plager og tegn til psykisk stress er noe som kan legge betydelige begrensninger i de unges hverdag (NOVA, 2015). Ungdom vi har snakket med i vår bydel, forteller om press fra skole, fritidsaktiviteter, foreldre og ikke minst fra dem selv til å prestere på alle arenaer. Det resulterer i stressede og bekymrede unge, som allerede i ungdomsskolealder kan være engstelige eller nedstemte. Utekontakten ønsker å skape muligheter for ungdom til å møtes uten krav til prestasjon.

Gjennom det oppsøkende arbeidet i storefri, hadde vi kommet i snakk med noen jenter som ikke deltok på organiserte fritidsaktiviteter, og som savnet et sted å møtes i nærheten av der de bodde. Ved å legge vekt på hva jentene var interesserte i og gode på, utformet vi etter hvert en gruppe på kveldstid sammen med dem. Vi snakket om ulike temaer, som selvfølgelig, vennskap, familie og konflikter, i kombinasjon med ulike øvelser og aktiviteter. Over tid ble jentene tryggere på oss

og hverandre, og åpnet derfor opp for å fortelle om vanskelige ting i livene sine. Det viste seg at flere av jentene hadde lignende opplevelser, men uten å vite at flere også hadde det sånn. Tilbakemeldingene fra ungdommene var at det var fint å være med, fordi de ikke hadde noen å være sammen med etter skolen, og at de hadde lært å lytte til andre. Dette ble starten på en fast møteplass, formet og utviklet av ungdommene selv.

I gruppen fikk ungdommene mulighet til å sette ord på følelser og tanker, bygge relasjoner, få og gi tillit, få tro på egne evner og åpne seg mer for kontakt med andre. I en hverdag preget av prestasjoner og høyt press, etterlyser ungdom fristeder med rause rammer og voksne som lytter til dem og er til stede over tid. Slike åpne møteplasser uten krav til prestasjon kan være med på å forebygge psykiske helsetilstander, og er en type tiltak som NOVA (2015) mener bør være et satsningsområde i årene framover.

For andre ungdommer er det mangel på penger som hindrer dem i å delta på fritidsaktiviteter. Det å ikke å ha råd til å være med på fotball, håndball, ishockey, turn, dans eller kampsport er en vanlig problemstilling for mange av de unge som utekontaktene møter. Utekontakten tilbyr gratis aktivitetstilbud for ungdom, der man kan prøve ut ulike aktiviteter og trene med jevnaldrende i et trygt fellesskap. For ungdom som ikke kan betale medlemskap i idrettsklubber, kan et slikt tilbud være det eneste alternativet de har

Det å ikke å ha råd til å være med på fotball, håndball, ishockey, turn, dans eller kampsport er en vanlig problemstilling for mange av de unge som utekontaktene møter.

til å være aktive på fritiden sammen med andre ungdommer. Likevel vil deltakelse i en slik gruppe være tidsbegrenset, og vil ikke gi samme kontinuitet som å være en del av et fast lag eller treningsgruppe.

En av ungdommene som var med i utekontaktens aktivtetsgruppe viste gode ferdigheter på håndballbanen. Gutten hadde vært med over en periode, og hadde en god relasjon til de voksne. En av utekon-

taktene spurte om han hadde drevet med håndball før, noe han sa han ikke hadde, men alltid hadde hatt lyst til. På spørsmål om hvilke grunner det var til at han ikke hadde begynt, svarte gutten at det var for dyrt. Han fortalte videre at familien hadde for lite penger til at han kunne delta på aktiviteter, og at han syntes det var flaut å snakke om det. Med guttens og foreldrenes tillatelse tok vi kontakt med treneren for det lokale håndballaget, for å høre hvilke muligheter som fantes. Treneren var imøtekommende, og ville gjerne møte gutten og foreldrene. Det viste seg at laget hadde en åpning for å tilby noen prisreduerte plasser. Utekontakten satte gutten, foreldrene og treneren i kontakt med hverandre, og noen uker senere hadde gutten begynt på håndballaget sammen med mange av sine klassekamerater.

Som nevnt er et av utekontaktens mandat å samle viten om barn og unges levekår, og ta initiativ til å bedre disse (NOU 1980: 37). For mange ungdommer som vokser opp i Norge er det å ha dårlig råd et tabubelagt tema. Det er mange som vet at foreldrene ikke har råd til å betale

for fritidsaktiviteter, og dermed får nei hvis de spør eller velger å ikke å spørre i det hele tatt. Gjennom utekontakten lavterskel gruppetilbud får vi mulighet til å bygge relasjoner med ungdom, noe som skaper et tillitsforhold der de tør å ta opp vanskelige temaer. Gutten i eksempelet syntes det var flaut å snakke om at familien hadde dårlig råd, og hadde aldri turt å fortelle det til noen. Relasjonen til utekontakten opplevdes så god at han turte å fortelle om det, noe som igjen ble starten på en løsning.

Å delta i sitt eget liv

Flere uker etter vi hadde vært til stede systematisk over tid, kom noen av ungdommene bort for å prate. De spurte hvorfor vi var der, og hva vi egentlig drev med. Vi fikk sagt at vi jobbet for at barn og ungdom i bydelen skal ha det bra, og ønsket å være til stede og tilgjengelige der de var. I tillegg nevnte vi at vi for eksempel kunne hjelpe til med å skrive jobbsøknader eller søke skole, hvis det var noen som ønsket det. Det kom fram at flere av ungdommene verken gikk på skole eller hadde jobb, men at flere ønsket å tjene egne penger.

I følge Hjort (1982) handler helse i stor grad om å oppleve mulighet for aktiv innflytelse over egen situasjon og eget liv. Ulike levekår gir ulike forutsetninger for deltakelse i samfunnet, der ungdom som vokser opp i familier med dårlig økonomi statistisk sett står i større fare for å havne utenfor samfunnet enn ungdom som vokser opp i familier med bedre økonomi. I tråd med gradienten kan ulikheter i risikofaktorer hos barn og unge bli markante sosiale, økonomiske og helsemessige forskjeller senere i livet, og være med på å reproducere ulikhetene i neste generasjon (Dahl m. fl., 2014). Ungdom-

mene i eksempelet ovenfor hadde alle vokst opp i hjem med flere risikofaktorer, deriblant dårlige økonomiske ressurser. En unik egenskap ved oppsøkende sosialt ungdomsarbeid er muligheten til å kunne være til stede over tid, der utgangspunktet for å bygge en relasjon er at ungdommen selv ønsker det, og har noen positive forventninger til kontakten (Erdal, 2006).

På bakgrunn av utekontaktens jevnlige tilstedeværelse i et ungdomsmiljø det var knyttet bekymring til, anså til slutt ungdommene utekontaktene som en hjelp de kunne benytte seg av.

En stund etter samtalen ute, dukket plutselig noen av ungdommene opp på kontoret til utekontakten. Den ene ville ha hjelp til å søke jobb. I løpet av besøket kom vi i prat om flere ting som ungdommene syntes var vanskelige og urettferdige, spesielt i møte med skole og hjelpeapparat. Utekontaktene møtte ungdommene på det de sa, og stilte spørsmål som gav ungdommene muligheten til å reflektere over hvorfor skole og hjelpeapparat hadde gjort det de hadde gjort. I tillegg kunne vi komme med tanker om hvordan de kunne få fram sitt budskap til hjelpeapparatet rundt seg, og fikk formidlet at vi kunne bli med i møter med for eksempel NAV og barnevern, hvis de ønsket støtte. Samme kveld skrev vi utkast til jobbsøknad sammen med den ene ungdommen, og avtalte å møtes igjen. Det var nå opprettet en kontakt, på ungdommenes initiativ og på deres premisser.

Det viste seg at ungdommene var i sterk opposisjon til det øvrige hjelpeapparatet, og egentlig hadde gitt opp å få seg jobb eller gå på skole. Likevel var dette ungdom som trengte støtte og hjelp, og som

ønsket et bedre liv for seg selv, men som ingen andre kom i posisjon til å hjelpe. Få tjenester har mulighet til å sette andre arbeidsoppgaver til side for å være til stede over tid, uten umiddelbare resultater. Å få en sosial forankring blant ungdom er tidkrevende, men kan gi utekontakter en unik posisjon som hjelpere – nettopp fordi ungdommene selv tar initiativ til kontakten, og ved det at de allerede har en viss motivasjon for endring (Erdal, 2006). Ved at utekontaktene kom i kontakt med ungdommene, kunne de få hjelp til å ta mer kontroll over eget liv, i form av å søke jobb og aktivt gjøre noe for å bli mer deltagende i samfunnet.

Veilederen for lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne, ”Sammen om mestring”, påpeker at ”brukeren er den viktigste aktøren i all behandling og oppfølging” (Helsedirektoratet, 2014, s. 66). Aktiv involvering av brukeren i valg av behandling og tjenester er både en rettighet og en faglig målsetting innen psykisk helsearbeid (Helsedirektoratet, 2014). Brukermedvirkning preger også i stor grad det oppsøkende arbeidet.

En rådgiver hadde tatt kontakt med Oppfølgingstjenesten (OT), som ligger under utekontakten i bydelen. Både rådgiver og sosiallærer hadde lenge vært bekymret for en elev som hadde økende fravær, og var fraværende når han først var på skolen. De hadde mistanke om at gutten brukte rusmidler. Utekontakten møtte skolen, og spurte tidlig om de hadde spurt gutten direkte om han ruset seg. Nei, det

Ved at utekontaktene kom i kontakt med ungdommene, kunne de få hjelp til å ta mer kontroll over eget liv.

hadde de ikke gjort. Utekontakten møtte gutten, brukte en anerkjennende og samarbeidende kommunikasjonsmetode, og prøvde sammen med han å finne ut hva som var grunnen til at det var vanskelig å komme seg på skolen. På spørsmål om han brukte rusmidler, sa gutten nei, at han hadde prøvd det et par ganger for å få sove, men at det ikke hadde virket. Gutten fortalte også at han hadde hatt det sånn

så lenge han kunne huske. Samtalen gav utekontakten et mer helhetlig bilde av ungdommens situasjon. Ut ifra det han fortalte, tok utekontakten kontakt med skolen for å høre om han noen gang hadde blitt utredet av PPT (Pedagogisk psykologisk rådgivningstjeneste). Det hadde han ikke. Det viste seg at gutten hadde symptomer på ADD, som naturlig nok gav utslag i søvn- og konsentrasjonsvansker. I en alder av 17 år, fikk han nå igangsatt utredning, og fikk den tilretteleggingen han trengte på skolen. Det som skulle til var at noen tok guttens tanker om sin egen situasjon på alvor.

Utekontakten er ofte avhengig av andre hjelpeinstanser for å kunne hjelpe ungdommen best mulig. I prosessen er det viktig at ungdommen selv kan være med å utforske utfordringer og mulige løsninger, som i eksempelet ovenfor. Brukermedvirkning vil si at brukeren betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår hans eller hennes problem (Helsedirektoratet, 2014, s. 17). I eksempelet opplevde ikke ungdommen å bli betraktet som en likeverdig partner av skolen i diskusjonen

om hva som var utfordringene i hans eget liv. I stedet gjorde skolens representanter drøftinger seg imellom som viste seg å ikke stemme med guttens opplevelse av virkeligheten. Ved å bli tatt på alvor, og få reell medbestemmelse når han ble spurt, klarte gutten selv å sette ord på hva som lå bak symptomet fravær. Utekontakten jobber etter et prinsipp om at vi tror alle kan få til endring i eget liv, bare de blir gitt muligheten og den nødvendige støtten på veien.

”En hjelpetjeneste tilpasset ungdom der ungdom er”

Gjennom noen få eksempler fra det oppsøkende feltet, har jeg forsøkt å belyse hvordan utekontakter kan være viktige bidragsytere i folkehelsearbeidet. Oppsøkende sosialt ungdomsarbeid kan minske sosial ulikhet i helse ved å identifisere og komme i posisjon til levekårsut-satte barn og unge tidlig, og bedre deres mulighet for aktiv deltakelse på skole, fritid og i eget liv. Dette kan bidra til å forebygge problemutvikling hos ungdommen og fremme deres helse.

En fersk doktoravhandling etterlyser nettopp en hjelpetjeneste tilpasset ungdom der ungdom er. Jo Magne Ingul (2014) mener det er for stor avstand mellom hjelpetjenestene og de som ser barna og ungdommene, og ønsker hjelperne ut av kontorene og inn i skolen. Der andre forebyggende tjenester ofte er mer bundet til kontorene sine, kan nettopp utekontaktene oppsøke ungdommene der de er, til de tidene de er der. I tillegg kan utekontakten være en brobygger mellom ungdommene og instansene rundt, som en integrert del av det tverrfaglige samarbeidet. Denne tilstedeværelsen krever at utekontaktene har mulighet til å tilpasse

seg de miljøene og utfordringene som til enhver tid er gjeldende i det området utekontaktene jobber. Flexibiliteten i oppsøkende sosialt arbeid gjør at man kan nå ungdom som ikke nås av andre, og gjennom dette bidra til å bedre deres levekår.

Oppsøkende tjenester er ikke svaret på alle folkehelseutfordringene man står overfor. Samtidig kan de være en viktig del av helheten, og tette hullene der det lokale folkehelsearbeidet ikke når fram. I bunn og grunn handler det om hvilke muligheter vi gir de menneskene som ikke i utgangspunktet har like gode forutsetninger for en god helse og et langt liv, og som av ulike grunner faller mellom to stoler. Det handler om å se, lytte og gi mennesker mulighet for mestring og deltakelse i sitt eget liv og det samfunnet de er en del av.

Om forfatteren:

Anna Opland Stenersen har jobbet som oppsøkende miljøterapeut i Utekontakten bydel Nordstrand siden august 2013. Hun har bachelor i kultur og kommunikasjon og master i folkehelsevitenskap.

Referanser:

Andersson, B. (2010). Erfarenheter av oppsøkende arbeid med vuxna og unga vuxna. En rapport basert på fem forskningscirklar om oppsøkende arbeid ved FoU i Väst/GR.

FoU i Väst/GR, FoU Malmö, FoU-Södertörn, Göteborgs universitet, Socialstyrelsen, Stockholms stad och UFFE, FoU-rapport 6, 2010.

Antonovsky A. (1979). Health, stress and coping. San Fransisco: Jossey Boss.

Bergsl, H. (2013). Helse og frafall i videregående opplæring. Underlagsrapport til Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. Sosialforsk, Høgskolen i Oslo.

Bremberg, S. (2002). Sociala skillnader i ohälsa bland barn och unga i Sverige. En kunnskapsoversikt. Statens folkhälsoinstitut.

Dahl E., Bergsl H. & van der Wel K. (2014). Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. Høgskolen i Oslo og Akershus.

Dahlgren G. & Whitehead M. (1991). Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm.

Elstad J. I. & Pedersen A.W. (2012). Fører dårlig familieøkonomi til flere subjektive helseplager blant ungdom? Tidsskrift for velferdsforskning, 15 (2), s. 78-92.

Erdal, B. (red.) (2006). Ute Inne. Oppsøkende sosialt arbeid med ungdom. Oslo: Gyldendal akademisk forlag.

FHI, Folkehelseinstituttet (2014). Sosiale helseforskjeller i Norge – Folkehelse rapporten 2014. Lastet ned 16.2.15 fra: <http://www.fhi.no/artikler/?id=110779>

Frønes, I. & Strømme, H. (2014). Risiko og marginalisering Norske barns levekår i kunnskapssamfunnet. Ny utgave. Utvidet med nye data og nye analyser. Gyldendal Akademisk.

Folkehelseloven (2011). Lov om folkehelsearbeid. Lov 2011-06-24 nr 29. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD).

Grøholt E.K. (2003). Health and Well-being of Children in the Nordic Countries – Influence of Socio-economic Factors in Welfare States. Norwegian Institute of Public Health. Oslo, Norway.

Helsedirektoratet (2014). Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. IS-2076. Tilgjengelig fra 01.03.2014 på: <https://helseidirektoratet.no/retningslinjer/sammen-om-mestring-veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>

Hjort P. F. (1982). Helsebegrepet, helseidealet og helsepolitiske mål, i Lorentzen P. E., Berge T., Åker J. (red). Helsepolitikk og helseadministrasjon, s. 11-31. Oslo: Tanum-Nordli.

Ingul, J. M. (2014). Anxiety and Social Phobia in Norwegian Adolescents: Studies of risk factors, school absenteeism and treatment effects. Doktoravhandling ved NTNU, 1503-8181; 2014:303. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Psykologisk institutt.

LOSU, Landsforeningen for oppsøkende sosialt ungdomsarbeid (2012). Oppsøkende sosialt ungdomsarbeid. Kommunal veileder.

Marmot, M (2011). The Marmot Review. Fair Society, Health Lives. Strategic Review of Health Inequalities in England post -2010.

Mæland, J. G. (2010). Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis. Oslo: Universitetsforlaget

NOU 1980: 37 Oppsøkende barne- og ungdomsarbeid.
NOVA (2013). Ungdata. Nasjonale resultater 2010-2012. NOVA Rapport 10/13. Oslo: NOVA.

NOVA (2015). Ungdata. Nasjonale resultater 2014. NOVA Rapport 7/15. Oslo: NOVA

Pedersen, H. (2015). Oppsøkende ungdomsarbeid i kommunene 2015. Kompetansesenter rus - Oslo. [under publisering]

Riksrevisjonen (2013-2014). Riksrevisjonens undersøkning av barnefattigdom. Dokument 3:11 (2013-2014).

Sosialdepartementet: NOU 1980: 37: Oppsøkende barne- og ungdomsarbeid.

SSB (2015). Gjennomstrømning i videregående opplæring, 2009-2014. Lastet ned 23.12.15 fra: <https://www.ssb.no/utdanning/statistikker/vgogjen>

SSB (2014). Barn i lavinntektsusholdninger. Flere innvandrerbarnfamilier med lavinntekt. Lastet ned 16.2.15 fra: <http://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/flere-innvandrerbarnfamilier-med-lavinntekt>

St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.

WHO (1946). WHO definition of Health. International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. Lastet ned 16.2.15 fra: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

WHO (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. Lastet ned 16.2.15 fra: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

