

Ingvild Haldorsen Røststad

Intensjoner og realiteter i et prosjekt

Evaluering av prosjekter
”Kultur gir helse” i
Bygdøy-Frogner bydel

Tittel: **Intensjoner og realiteter i et prosjekt**
Evaluering av prosjektet ”Kultur gir helse” i Bygdøy-Frogner bydel

Forfatter: Ingvild Halvorsen Røsstad

NIBR-notat: 2001:114

ISSN: 0801-1702
ISBN: 82-7071-333-3

Referat: Notatet er en evaluering av prosjektet ”Kultur gir helse” i Bygdøy-Frogner bydel i Oslo

Sammendrag: Norsk

Dato: November 2001

Antall sider: 82

Utgiver: Norsk institutt for by- og regionforskning
Gaustadalléen 21, Postboks 44 Blindern
0313 OSLO

Vår hjemmeside: Telefon: 22 95 88 00
Telefaks: 22 60 77 74
E-post: nibr@nibr.no
<http://www.nibr.no>

Org. nr. NO 970205284 MVA

Forord

Dette notatet er opprinnelig skrevet som hovedfagsoppgave i sosiologi ved Universitetet i Oslo. Notatet presenterer en evaluering av prosjektet ”Kultur gir helse”. Forfatteren, Ingvild Haldorsen Røsstad, har under arbeidet med evalueringen hatt kontorplass ved NIBR og en faglig kobling mot NIBRs gruppe for Velferdsforskning.

Ingvild Haldorsen Røsstad ønsker å takke Bergljot Baklien ved NIBR for veiledning og Bygdøy-Frogner bydel for godt samarbeid mens evalueringen har pågått.

Oslo, november 2001

Arne Tessli

Forskningsjef

Sammendrag

Ingvild Haldorsen Røsstad

Intensjoner og realiteter i et prosjekt

Evaluering av prosjekter "Kultur gir helse" i Bygdøy-Frogner bydel

NIBR-notat 2001:114

Denne avhandlingen er en evaluering av et prosjekt i Bygdøy-Frogner bydel i Oslo kalt "*Kultur gir helse*".

I perioden 1996-1999 gjennomførte bydelen et prosjekt som fokuserte på kultur og helse. Prosjektet var en del av en forsøksvirksomhet initiert av Sosial- og helsedepartementet og Kulturdepartementet ved Norsk kulturråd. Til sammen har de finansiert ulike forsøksprosjekt fordelt over hele landet med det for øye å prøve ut ulike kulturelle aktiviteter for å fremme helsen.

Fokus for evalueringen er forholdet mellom ideal og virkelighet: Hvorvidt det er samsvar mellom de visjoner og intensjoner som var utgangspunktet, og den virkeligheten man sitter igjen med etter at prosjektet formelt er avsluttet.

Evalueringen viser hvordan politiske prosesser har påvirket den konteksten prosjektet måtte forholde seg til, en kontekst som har hatt betydning for prosjektets utforming. I kjølvannet av desentraliseringen har ansvaret for helse- og omsorgsarbeid i bydelen økt med det resultat at disse oppgavene binder mye ressurser, noe som skaper et misforhold mellom kultur og helsesektoren. Parallelt har økt fokusering på nærmiljøarbeid ført til en bevestigjøring rundt forholdet beboer og det kommunale tjenesteapparat.

Utviklingen innen helse- og kulturpolitikken i Norge har lagt rammer for hvordan begrepene kultur og helse har blitt tolket og anvendt i bydelen, en prosess som var retningsgivende for hvordan prosjektet utviklet seg. Det var sentralt å få iverksatt flere kulturelle aktiviteter og gjøre disse tilgjengelig for grupper som ellers faller utenfor det tradisjonelle kulturtilbudet. Mye har blitt gjort og mye gjøres fortsatt i bydelen, prosjektet har havnet på et vidt register av aktiviteter.

De sentrale intensjonene la opp til et prosjekt som skulle krysse sektorgrenser og trekke brukerne med som aktive aktører, hvor også frivillige organisasjoner og ildsjeler ble betraktet som en nyttig ressurs.

Evalueringen viser at målene med tverrsektorielt samarbeid og brukervedvirkning har vært igjennom en prosess hvor intensjonene har blitt tilpasset bydelens kontekst. En organisert tverrfaglig møtstruktur var sentral i implementeringsfasen i og med prosjektleder kunne benytte seg av en etablert arena for å danne en dialog tilknyttet prosjektet. Organiseringen av Kultur gir helse-satsingen kan også relateres til bydelens kontekst og erfaring sentrale aktører hadde fra tidligere prosjektarbeid.

I løpet av prosjektperioden har det kommet i stand samarbeid på tvers av tradisjonelle faggrenser og forvaltningsområder i bydelen. Samarbeidet har løst opp for etablerte arbeidsrutiner og tankebaner og gitt rom for nytenkning. En sentral aktør og pådriver for nytenkningen har vært prosjektleder. Hun kom utenfra og var ikke preget av handlings-mønstre som spesielt har preget helsesektoren. Det faktum at hun ikke hadde en helsefaglig eller kulturell bakgrunn har gitt henne et handlingsrom hvor hun friere kunne fremme nye idéer. Ulempen ved en slik situasjon var at hun ikke hadde et etablert nettverk i bydelen. Imidlertid viser evalueringen at samarbeidet med frivillige organisasjoner og ildsjeler har vært vanskelig å få gjennomført, noe som kan knyttes til problemer med å danne en felles arena.

Samarbeidet som har blitt realisert kan i stor grad spores tilbake til konkrete aktiviteter, og hvor mye av samarbeidet som vil fortsette når Kultur gir helse-prosjektet formelt er over, er et åpent spørsmål. Likevel har samarbeidet ført til en større kjennskap blant samarbeidspartene slik at den første barrieren mot å ta kontakt ved en senere anledning er brutt.

Samhandling med brukerne kan betraktes som vellykket hvis brukermedvirkning kun blir betraktet ut i fra individnivået. For mennesker med psykiske lidelser, som er en viktig målgruppe for bydelen, har samhandlingen med brukerne blitt konkretisert gjennom et brukerråd. Generelt kan en si at brukermedvirkning på individnivået har ført til at brukerne kan, innen de opptrukne linjer fastsatt av arrangøransvarlige, delta i de små beslutningsprosesser underveis. Betrakter en derimot brukermedvirkning på et systemnivå var samhandlingen med brukerne vanskeligere å gjennomføre. Brukermedvirkning blir fra prosjektledelsen og bydelens ledelsesnivå betraktet som vellykket tatt i betraktning det var et felt de hadde lite erfaring å bygge videre på.

Innhold

Forord.....	1
Sammendrag.....	2
Figuroversikt.....	6
1 Innledning.....	7
1.1 Hvem, hva, hvor.....	7
1.2 Generelt om regjeringens satsing på kultur og helse.....	7
1.3 Intensjonene med Kultur gir helse-satsingen.....	8
1.4 Evalueringens problemstilling.....	9
1.5 Oppbygging av oppgaven.....	12
2 Valg av design og metode.....	13
2.1 Valg av design i evalueringsforskning.....	13
2.2 Intern eller ekstern evaluering?.....	14
2.3 Valg av metode og gjennomførelse av egen undersøkelse.....	14
2.3.1 Kvalitative intervjuer.....	15
2.3.2 Dokumentanalyse.....	16
2.3.3 Deltakende observasjon.....	17
2.3.4 Min rolle som evaluator.....	17
3 Samhandling, et sentralt perspektiv.....	19
3.1 Prosjektorganisering.....	19
3.2 Forutsetninger for samhandling.....	20
3.3 Tverrsektoriell samhandling.....	22
3.4 Samhandling med brukerne; empowerment.....	24
3.4.1 Brukermedvirkning i ulike perspektiver.....	27
4 Den nasjonale kontekst.....	29
4.1 Desentralisering – sentral trend med lokale effekter.....	29
4.2 Nærmiljøarbeid.....	31
4.3 Oppsummering.....	33
5 Intensjoner og mål sentralt.....	35
5.1 Kultur som begrep, og den instrumentelle kulturpolitikken.....	36
5.2 Helse – et elastisk begrep.....	38
5.3 Koblingen mellom kultur og helse, og bydelens ”kulturbruk”.....	40
5.4 Oppsummering.....	42
6 Den lokale kontekst.....	44
6.1 Intensjoner på lokalt nivå.....	44
6.2 Bakgrunnsfaktorer.....	46
6.2.1 Levende bydel; en grunn å bygge videre på.....	47
6.3 Idéer søker penger.....	49
6.3.1 Prosjektet i forhold til pålagte kommunale oppgaver.....	51
6.4 Prosjektleder med arbeidslyst og pågangsmot.....	51
6.5 Velvillige politikere, en god legitimering?.....	54

6.6	Oppsummering	55
7	Samhandling i et prosjekt	56
7.1	Eksempler fra bydelens satsing	56
7.2	Samarbeid innen bydelsforvaltningen	57
7.2.1	Det nyttige samarbeid	58
7.2.2	Samarbeidspartnere med tillit til hverandre	59
7.2.3	Ikke bare idyll	59
7.2.4	Samarbeid og perspektivskifte	61
7.3	Ildsjeler, interesseorganisasjoner og andre	62
7.4	Oppsummering	64
8	Samhandling med brukerne i prosjektet	66
8.1	Samhandlingsbetingelser for brukervedvirkning	66
8.2	Medvirkning for definerte brukergrupper	68
8.2.1	Brukerrådet	69
8.3	Samhandling på ulike nivåer	71
8.3.1	På systemnivået	71
8.3.2	På individnivå	72
8.4	Oppsummering	72
9	Kultur gir helse er over	74
9.1	Nasjonale prosessers betydning for rammebetingelsene	75
9.2	Bydelsforvaltningens situasjon og påvirkning av prosjektet	76
9.3	Avslutningsvis	76
9.3.1	Spørsmål om forankring og videreføring	77
	Litteratur	79

Figuroversikt

Figur 3.1	<i>Noen forskjeller mellom rutineoppgaver og prosjektoppgaver (gjengitt fra Jessen 1998:22)</i>	20
Figur 3.2	<i>Hovedtyper av betingelser for samhandling i sosiale systemer (gjengitt fra Martinussen 1984)</i>	21
Figur 3.3	<i>Rammeverk for empowerment i praksis (gjengitt fra Adams 1996:40)</i>	25
Figur 5.1	<i>Sektormodellen og aspektmodellen (gjengitt fra Klausen 1992:30)</i>	37
Figur 5.2	<i>Det positive helsebegrepet (gjengitt fra Med helse i hånden:5)</i>	39
Figur 5.3	<i>Kultur som helsefremmende tiltak gjennom å styrke nærmiljøet</i>	41
Figur 5.4	<i>Kultur som et middel til deltakelse og integrasjon som skal fremme helsen</i>	41
Figur 6.1	<i>Det formelle organisasjonskart over Kultur gir helse-prosjektet</i>	49

1 Innledning

1.1 Hvem, hva, hvor

I en treårsperiode fra januar 1997 og ut desember 1999 gjennomførte bydel 1 Bygdøy-Frogner i Oslo et forsøksprosjekt, Kultur gir helse, hvor det sentrale var å stimulere det lokale kulturliv for å bedre helsen. Det helsefremmede arbeidet skulle tilføres noe nytt gjennom et mer aktivt nærmiljø hvor kulturtilbud i større grad skulle tilgjengeliggjøres. Satsingen faller inn under sentrale myndigheters arbeid mot et utvidet helsebegrep gjennom nye konstellasjoner.

Hvordan ble prosjektet tolket og tilpasset bydelsorganisasjonens struktur? Hva har den lokale kontekst i bydelen betydd for Kultur gir helse-prosjektet? Hvordan har det påvirket utformingen og prosjektorganiseringen? I hvilken grad og på hvilken måte klarte de å realisere mål om økt tverrsektorielt samarbeid og om brukermedvirkning? Hvordan var forholdet mellom intensjoner og realiteter i satsingen? Slike spørsmål er det denne oppgaven skal forsøke å besvare. Jeg vil også prøve å sette satsingen inn i en større sammenheng og se på de eksterne rammebetingelsene som influerte prosjektet – rammebetingelser som er påvirket av desentralisering og endringer i nærmiljøpolitikken.

1.2 Generelt om regjeringens satsing på kultur og helse

Det har vært og det er stor politisk enighet om at helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende arbeid må være et tverrpolitisk satsingsområde (NOU 1991:10, NOU 1998:10) Dette er et område hvor andre sektorer enn helsesektoren må komme sterkere inn i bildet for å fremme helse. Kulturdepartementet (KD) ved Norsk kulturråd (Nkr) og Sosial- og helsedepartementet (SHD) har i denne forbindelse gått sammen og igangsatt prosjekter spredt over hele Norge, hvor de ville bruke kultur som et middel for å fremme målet som var helse. Det overordnede mål med satsingen var å prøve ut kulturelle virkemidler i helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende arbeid, løfte fram gode eksempler på lokalt kultur- og helsearbeid, og bidra til informasjonsspredning om metoder, strategier og resultater til andre kommuner og fylkeskommuner. Utgangspunktet for denne satsingen var antakelsen om at deltakelse i meningsfulle kulturaktiviteter vil føre til en bedre livskvalitet og en bedre evne til å mestre egen livssituasjon. ”Hypotesen er at mennesker som deltar i kulturelle aktiviteter får økt livskvalitet, bedre mulighet til å mestre hverdagen og dermed bedre helse” (Med helse i hånden:1).

Dette samarbeidet har ført til ulike satsinger på ulike områder:

SHD har en omfattende satsing i dette samarbeidsprosjektet hvor de kaller sin del for ”Helse/kultur-satsingen”. Her inngår både ”HelKul-område”-satsingen (Levanger kommune og bydel 2 Uranienborg-Majorstuen i Oslo), hvor en har prøvd å trekke inn alle sektorene i prøveområdet og å få en helhetstenkning når det gjelder kultur/helse. Målet her var å få kultur – og helsetankegangen til å gjennomsyre store deler av kommunens/bydelens planlegging. Videre

inngikk ”2-kryss” (8 stykker) som var et samarbeidsprosjekt mellom Rikskonsertene og Sosial- og helsedepartementet. Hensikten her var for det første å gjøre musikk av høy kvalitet og kunnskap om denne tilgjengelig for mennesker med psykiske lidelser, mennesker med muskelskjelett-lidelser og isolerte eldre. For det andre ville de også involvere brukerne i kreativt arbeid.

Norsk kulturråd sin satsing var Kultur gir helse, og i 1996 ble Kulturrådet tildelt ekstrabevilgninger til forsøksvirksomhet både lokalt og regionalt på dette området. I alt var det 15 deltakerkommuner i tillegg til Bygdøy-Frogner bydel som deltok.

1.3 Intensjonene med Kultur gir helse-satsingen

Med dette prøveprosjektet ville Norsk kulturråd prøve ut konkrete og regionale tiltak og modeller som setter søkelyset på samspillet mellom kulturaktiviteter og helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende tiltak. Erfaring viser at kulturlivets småforbrukere ofte er helsetjenestens storforbrukere. Deltakelse i meningsfulle kulturaktiviteter bidrar til økt livskvalitet og evne til å mestre egen livssituasjon (Med helse i hånden:11). I satsingen var det flere delmål som en ville prøve å nå – delmål som skulle bidra til at hovedmålsettingen ble realisert. Delmålene kan en dele opp i to kategorier hvor den ene retter seg mot brukerne av prosjektet, mens den andre går på å prøve ut nye arbeidsmetoder og organisasjonsformer.

Delmål:

1. **Øke tilgjengeligheten til kulturelle aktiviteter i nærmiljøet** for personer som faller utenfor det ”tradisjonelle” kulturtilbudet.

Utgangspunktet her var tankegangen om kultur som et altomspennende begrep som rommer et vidt register av menneskelige opplevelser, utfoldelser og aktiviteter, som dermed rører ved både kropp og sjel. Kultur vil da omfatte hele mennesket, men vil spesielt rette seg mot positive ressurser. Det som var viktig i denne satsingen er nettopp denne dreiningen av fokus mot brukernes positive ressurser. Uansett hvilken lyte eller lidelse brukerne hadde, var det ikke det som skulle stigmatiseres. Det var deres ”friske” ressurser som skulle fremheves, ressurser som kan komme i bakgrunnen av et sykdomsbilde. Deltakelse i meningsfulle kulturaktiviteter vil dermed medvirke til å øke livskvalitet, motivasjon, kompetanse og interesser (Invitasjon til å delta i forsøksprosjektet ”Kultur og helse”:2).

2. **Brukermedvirkning var et sentralt perspektiv**, det vil si at brukerne av kultur- og helsetilbudene skulle ha en sentral plass, både ved planlegging og ved gjennomføring. Ut fra en slik tankegang som snur fokus ved at det blir fokusert på det friske i mennesket, og ikke som skolemedisinen som konsentrerer seg om det syke, ville en sette søkelyset på samspillet mellom kulturaktiviteter og helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende tiltak. Håpet var at en vurderte helse og menneskelige ressurser ut fra en videre innfallsvinkel enn det som har vært tilfelle innen den tradisjonelle helse- og sykdomssatsingen. Ved å fokusere på brukernes ressurser skulle de få en sentral plass både ved planlegging og gjennomføring av tilbudene. Brukermedvirkning ble dermed et viktig aspekt ved planleggingen og iverksettingen av lokale kulturaktiviteter (Invitasjon til å delta i forsøksprosjektet ”Kultur og helse”:3).
3. **Satsingen skulle bidra til økt tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid** i håp om at nye samarbeidsformer og organisasjonsstrukturer skulle oppstå. Det var også viktig at frivillige organisasjoner og ildsjeler skulle få en mer sentral plass og bli en viktig samarbeidspartner. Gjennom å tenke nytt for å oppnå bedre helse, som her hvor en skulle bruke kultur som et middel, var et delmålet at nye organisasjonsstrukturer skulle oppstå. Aktørene var de ulike avdelingene i bydelsforvaltningen som skulle tenke og handle utradisjonelt innen forebyggende helsearbeid. Ved å satse på tvers av sektorer og avdelinger, skulle det også

gjøres plass for frivillige organisasjoner og ikke minst ildsjeler. Frivillige organisasjoner og ildsjeler var og er en ressurs som man ser mer og mer viktigheten av, og som det er viktig å trekke inn i det lokale arbeidet.

4. Den erfaring som ble akkumulert skulle **bidra til økt kunnskap om sammenhengen mellom kultur og forebyggende helsearbeid**. Dette skulle være et hjelpemiddel for politiske organ ved eventuelle fremtidige endringer av rammebetingelsene av forebyggende og helsefremmende arbeid.

1.4 Evalueringens problemstilling

Kultur gir helse var en landsdekkende satsing med deltakere fra hvert fylke. Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) hadde på oppdrag fra Norsk kulturråd og Sosial- og helsedepartementet påtatt seg å evaluere den landsomfattende helse og kultur-satsingen (se Baklien og Carlsson 2000). Jeg ble presentert for feltet gjennom min veileder Bergljot Baklien som var en av evalueringene av den nasjonale satsingen, og som hadde interesse av et dybdestudie av en deltakerkommune som ikke var blant hennes eksempelkommuner. Bydel 1 Bygdøy-Frogner ble valgt både i forhold til beliggenheten, det er en bydel med flere store kulturinstitusjoner, og fordi det var interessant å se hva de et lite område i en større by kunne få til gjennom en slik forsøksordning.

I en evaluering vil det ofte være sentralt å betrakte forholdet mellom intensjoner og realiteter. Det er sammenfallende med de tradisjoner som er innen norsk evalueringforskning (Baklien 1985) I hvilken grad stemmer intensjonene overens med realitetene? Jeg vil med andre ord se på hvilke mål og visjoner bydelen hadde før prosjektstart, og se på hvordan disse faller ut i forhold til gjennomføringen. Evalueringforskning vil på en eller annen måte alltid berøre temaet gjennomføring i forhold til måloppnåelse. Det handler om forholdet mellom ideal og virkelighet (Baklien 1993a).

Det overordnede fokus for oppgaven vil dermed være: **bydelens visjoner og hva de ønsket å oppnå med prosjektet og hva som faktisk ble gjort.**

Virkeligheten sammenlignes med de målene som er satt opp for hvordan denne virkeligheten skal ta seg ut. Dersom samsvaret mellom visjoner, mål og faktisk virksomhet er stort, har prosjektet en god måloppnåelse. Dersom det ikke er tilstrekkelig samsvar mellom visjoner, mål og faktisk virksomhet, har prosjektet svak grad av måloppnåelse.

Ved en sammenligning mellom intensjoner og realiteter er det interessant å se på forholdet mellom sentrale intensjoner og lokale intensjoner og i hvilken grad det er et samsvar mellom de. Ovenfor bekrev jeg de sentrale intensjonene med Kultur gir helse-prosjektet. I hvilken grad samsvarer de med bydelens intensjoner og mål med satsingen? Kultur gir helse er et statlig initiert prosjekt, det er ideer på sentralt hold som har blitt tolket og implementert på lokalt nivå.

Ved å gå tilbake til de sentrale intensjonene ser vi at samhandling er sentralt for satsingen. For å se hvilke betingelser samhandlingen hadde i Frogner-Bygdøy bydel tar jeg utgangspunkt i en modell hentet fra Martinussen (1984). Modellen er et redskap for å vurdere hvordan rammebetingelsene både kan fremme eller begrense mulighetene for samhandling og hvordan de påvirker medlemmenes motivasjon for samhandling. Hvilke betingelser samhandlingen har innad i det sosiale systemet, som her er en prosjektorganisasjon, er den samme modellen et instrument for å vurdere.

Et prosjekt eksisterer ikke i et tomrom, omgivelsene vil være med og påvirke prosjektets utforming og gjennomførelse. På nasjonalt plan har politiske prosesser som desentralisering ført til en økning av arbeidsoppgaver på kommunalt plan. En konsekvens av en økning i arbeidsmengden for kommunene er en forverring av den økonomiske situasjonen. Parallelt med

denne utviklingen har det vært en økt fokusering på nærmiljø og nærmiljøarbeid. Disse to forholdene har formet den konteksten Bygdøy-Frogner bydel skal virke i. Hvordan disse politiske prosessene har lagt føringer på prosjektets rammebetingelser som igjen vil være avgjørende for samhandlingsbetingelsene vil være av interesse her.

På lokalt nivå vil bydelens helse- og kulturpolitiske retningslinjer påvirke rammebetingelsene for prosjektet. Tidligere arbeid i bydelen som kan relateres til Kultur gir helse-prosjektet er en kunnskap som kan legge føringer på prosjektets betingelser. Med andre ord vil det være av interesse å få kartlagt de lokale rammebetingelsene og se hvilke føringer de legger på samhandlingen. Indre samhandlingsbetingelser som prosjektets organisering, hvem som er representert og hvordan kommunikasjonsstrømmen er vil også bli analysert i vurderingen av samhandlingen i Kultur gir helse-prosjektet.

Hvem er så som skal samhandle? En sentral intensjon fra Norsk kulturråd sin side var å fremme det tverrsektorielle samarbeidet. Håpet var at det skulle vokse frem noen organisatoriske samarbeidsformer på tvers av sektorene som kan arbeide med helse og kultur og være med på å utvide helsebegrepet i forhold til tradisjonell skolemedisin.

”Alle må bidra til at vante tankebaner og tradisjonelle faggrenser ikke får lagt en demper på kreativitet og nytenkning i forskning for bedre helse, miljø og levevilkår” (HEMIL, Nasjonal handlingsplan 1987-1992:22). Sitatet viser at det er et erkjent behov for å finne nye veier i arbeidet for å skape bedre innsikt og dermed forståelse for de problemer en møter i helsesektoren.

Ved en eventuell tverrsektoriell satsing vil rammebetingelsene være med å prege prosessen. Den statlige finansieringen, tilskuddet fra Norsk kulturråd, dekker kun prosjektleders lønn mens lokale tiltak skulle dekkes av deltakerkommunene. For å få iverksatt og gjennomført ulike aktivitetstilbud og delprosjekter er bydelen avhengig av å få andre sektorer med på ”sitt” prosjekt. De må få andre til å stille sine ressurser i form av tid, personell og økonomiske midler til rådighet. En kommune/bydel som er flink til å veve de ulike sektorene inn i det forebyggende arbeidet vil ha en større mulighet til å lykkes. ”Det er allment akseptert vurdering av helsesektoren (sykehus, legetjenesten, medisiner osv.) i høyden kan påvirke 10% av de vanlige kjennetegnene som blir brukt for å måle helse, 90% ligger i andre sektorer” (Med helse i hånden:2).

I hvilken grad har Bygdøy-Frogner bydel vært avhengig av å samarbeide med andre avdelinger og sektorer for å få gjennomført prosjektet? Eventuelt hvem har de samarbeidet med og hvorfor? Hva synes de involverte partene om nye samarbeidsformer og eventuelle nye samarbeidspartnere?

For å vurdere eventuelt tverrsektorielt samarbeid vil jeg ta utgangspunkt i Knutsens (1993) to perspektiver, utvekslingsperspektivet og mandatperspektivet. Sentralt for begge disse to perspektivene er et erkjent behov for koordinering. Det som skiller perspektivene er om koordineringen er et resultat av ordre ovenfra eller uten ordre ovenfra. Videre er det ulike former for kompatibilitet som er sentralt for samarbeidet. Dette er begreper som blir utdypet i kapittel 3.3. Det som i bunn og grunn blir sentralt i et tverrsektorielt samarbeid er om aktørene har tillit til hverandre og om de har nytten av et samarbeid.

Sentralt for satsingen var å fremme helsen for de aktørene prosjektet henvendte seg mot, brukerne. Brukerne skulle også bli trukket med inn i prosjektet på en slik måte at deres behov og ønsker skulle bli ivaretatt. For å få det til i best mulig grad var det viktig at brukerne allerede fra planleggingsstadiet av ble trukket med inn i prosjektet, og fikk være deltakende i beslutningsprosesser rundt egne aktiviteter. Brukerne skulle med andre ord ikke betraktes som en passiv bruker av ulike tilbud og aktiviteter, men som en aktiv aktør helt fra planleggingsstadiet av.

Her i Norge er brukermedvirkning en sentral politisk målsetning. Det innebærer at mottakere av tjenester – i vår sammenheng pasienter – selv aktivt skal medvirke og ta beslutninger i forhold som angår dem. Dette er ikke bare ment som en formell ekstrarunde i et byråkrati, hele prosessen skal gjennomføres av et perspektiv basert på pasientens/brukerens erfaringer og fortolkninger – et brukerperspektiv (Thesen i Huus 1996:61).

I hvilken grad har dette vært sentralt for bydelens arbeid og eventuelt hvordan har de gjennomført en brukermedvirkning? Har dette vært en intensjon for bydelen på lik linje med de sentral intensjonene?

Undersøkelser har vist at helsesektorens storforbrukere er kultursektorens småforbrukere (Med helse i hånden: 10). Ved å prøve å snu dette med å tilby flere kulturtilbud ville man gjennom satsingen prøve å nå utsatte grupper i et forebyggende arbeid. Etter først å ha sett hvilke betingelser det var for en samhandling mellom brukerne av Kultur gir helse-prosjektet og tjenesteyterne vil jeg blant annet betrakte brukermedvirkning i et empowermentperspektiv. Empowerment er et omfattende begrep som vil bli gjort rede for i kapittel 3.4. Dette vil jeg gjøre fordi en målgruppe som bydelen har henvendt seg til er mennesker med psykiske lidelser. Empowerment blir her valgt da det henspiller seg på en prosess som både omfatter brukerstyrking og brukermedvirkning overfor mennesker som har befunnet seg i en marginalisert posisjon.

Prøveprosjekt blir gjerne endret og tilpasset underveis etter hvert som ulike erfaringer oppnås og en ser det er behov for å løse oppgaver på nye måter. I den forbindelse vil jeg se på hvilke endringer som ble gjort i denne prosjektperioden og prøve å finne ut hvorfor de oppstår. Det som skjer underveis i programmet gjennom lokal målformulering, målforskyvning, lokale tilpasninger og fortolkningsprosesser er med på å forklare hva som kommer ut av prosjektet. Hvilken rolle har brukerne hatt i en slik sammenheng? Har medvirkning fra brukerne vært retningsgivende for prosjektets utvikling?

Både spørsmål om tverrsektoriell satsing og brukermedvirkning leder hen til spørsmål om videreføring og forankring. Om andre sektorer ”tenner” på delprosjekter Kultur gir helse-satsingen har tatt initiativ til, og vil arbeide med aktivitetene, er en viktig forutsetning både for eventuelle samarbeid og for forankringsprosessen. Skal et prosjekt ha verdi utover selve prosjekttiden, bør den lærdom som oppstod underveis forankres. Å forankre ny praksis i en organisasjon betyr å vektlegge hvordan nye arbeidsmåter festes i organisasjonen. En måte å feste ny praksis på er formelt gjennom politiske, administrative og faglige retningslinjer. Men en annen del av forankringsprosessen skjer på det mer uformelle plan, ved at aktørene på ulike nivåer ser det som meningsfylt og hensiktsmessig å arbeide på nye måter. Her er det viktig å fange opp aktørenes opplevelser av ny pålagt og frivillig praksis. God forankring er avhengig av hvilken legitimitet de involverte gir de nye retningslinjene.

I hvilken grad brukerne har vært involvert i prosjektet og fått anledning til å forme det etter sine behov, vil i et brukerperspektiv indikere grad av vellykkethet. Blir det betraktet som vellykket av iverksetterne vil det gi en større legitimitet til forankring og videreføring. Et delprosjekt som oppfyller de mål og dekket de behov som danner grunnlaget for aktiviteten, vil ha større sannsynlighet for å fortsette så lenge behovet er til stedet. Dermed blir brukernes medvirkning sentralt i utformingen og videreføringen. En antakelse her er at jo flere som blir involvert i prosjektet og som opplever det som ”sitt prosjekt”, både når det gjelder ansatte og brukere, jo lettere er det å få det forankret.

Ved en slik evaluering hvor intensjoner versus realiteter er hovedfokus, vil det være naturlig å fokusere på faktorer som har bremset og faktorer som har fremmet prosjektet. Hvilke forutsetninger var til stede for at prosjektet skulle bli en suksess? Er det noe som fremmet prosjektet eller deler av det? Var det noe eller noen som motarbeidet prosjektet?

Med utgangspunkt i problemstillingen vil evalueringen fokusere på prosess, både de prosesser som i startfasen bygget opp under de visjoner prosjektet er tuftet på, og de prosesser som har påvirket gjennomføringen underveis og som eventuelt ennå pågår. En prosessanalyse vil i denne sammenhengen prøve å gi svar på hvorfor det ble som det ble (Baklien 1993a).

Det jeg ikke vil ta stilling til i denne oppgaven er om utsagnet kultur gir helse stemmer. Utgangspunktet for satsingen er at denne sammenhengen er tilstede og har en viss effekt. Hvilke type kultur som er best egnet i forebyggende helsearbeid, faller også utenfor oppgavens rammer.

1.5 Oppbygging av oppgaven

Innledningsvis har jeg presentert evalueringens tema og problemstilling. I kapittel 2 vil jeg vise hvordan jeg har tilnærmet meg problemstillingen empirisk. Jeg viser hvordan jeg for å fange aktørenes virkelighetsforståelse har benyttet meg av kvalitative intervjuer, dokumentanalyse og deltakende observasjon. Avslutningsvis diskuterer jeg min egen rolle som evaluator.

I kapittel 3 vil jeg presentere mitt teoretiske ståsted. Perspektiv på prosjektorganisering blir presentert innledningsvis i kapitlet for å redegjøre for den organisatoriske rammen hvor samhandlingen skal ha sitt utspring. For å se på hvilke betingelser samhandlingen hadde i prosjektet, tar jeg utgangspunkt i en modell hentet fra Martinussen (1984) som setter fokus på indre og ytre samhandlingsbetingelser. Perspektiver for tverrsktortielt samarbeid blir presentert på lik linje med empowermentbegrepet og perspektiver på brukermedvirkning, som er det begrepsapparat som blir benyttet i analysen.

I kapittel 4 redegjør jeg for den nasjonale kontekst prosjektet må forholde seg til. Fokus settes her på politiske prosesser initiert på nasjonalt nivå, desentralisering og nærmiljøarbeid, og som kan spores og har effekter på lokalt nivå.

Kapittel 5 gir en utdypende redegjørelse for de sentrale intensjoner fra sentralt hold. En kort historisk skisse av den offentlige kulturpolitikken i Norge viser hvordan kulturbegrepet har endret innhold og forståelse, og viser hvordan kultur blir forstått i Bygdøy-Frogner bydel. Likeledes blir helsebegrepet avklart, og bydelens forståelse av begrepet blir redegjort for. Kapitlet avslutter med en kobling mellom kultur- og helsebegrepet.

Den lokale konteksten blir utdypet i kapittel 6. Sentralt i dette kapitlet er å se på lokale forhold som har hatt innflytelse på prosjektets utforming. Et avsluttet nærmiljøprosjekt var en formdannende faktor for den lokale konteksten prosjektet skulle implementeres i. Videre la de økonomiske rammebetingelsene føringer både på hvilke type aktivitet som kunne iverksettes og prosjektleders arbeidssituasjon. Prosjektlederrollen blir nærmere beskrevet, og fokus blir satt på hennes bakgrunn og måten prosjektleder har utformet rollen. Avslutningsvis blir politikerens rolle og forhold til prosjektet belyst.

Kapittel 7 er en analyse av det tverrsektorielle samarbeidet. Hvem som har samarbeidet og eventuelt hvorfor er temaet her.

Kapittel 8 ser på samhandlingen med brukerne i prosjektet. Her blir brukermedvirkning betraktet både på individnivå og på organisasjonsnivå.

Kapittel 9 er et avslutningskapittel hvor jeg vil trekke noen tråder fra de forutgående kapitler, og presentere noen tanker rundt videreføring og forankring.

2 Valg av design og metode

Forsøksordninger er et virkemiddel for omstilling innenfor offentlig forvaltning (Jessen 1998). Det kan danne grunnlag for reformarbeid eller utvikling av nye modeller for tjenester, som her hvor en håper på at det skal vokse frem noen organisatoriske samarbeidsformer på tvers av sektorene som kan arbeide med helse og være med på å utvide helsebegrepet i forhold til tradisjonell skolemedisin. Hensikten med forsøk kan med andre ord for eksempel være å prøve ut nye organisasjonsformer eller arbeidsmåter, produsere kunnskap om løsninger og vilkårene for å få disse realisert. Valg av evalueringsform vil være knyttet til hensikt. Er hensikten å systematisere kunnskap og erfaringer fra forsøket, skape endring og få til læring underveis, kan forsøket føre til ny praksis og innsikt for prosjektdeltakerne. For oppdragsgiver kan imidlertid både produkt- og sluttevaluering være nyttig, for å fremskaffe kunnskap om forsøket og undersøke effekter.

2.1 Valg av design i evalueringsforskning

Evalueringsforskning er en systematisk videninnsamling om mer komplekse igangværende eller avsluttede innsatser, hvis måloppfyllelse og kvalitet ikke umiddelbart kan vurderes, og hvor det er behov for en dybdegående vurdering av innsatsen ut fra bestemte standarder og kriterier, som kan være definert ut fra innsatsens egne mål eller fra andres, fx brukerens mål. Arbeidet tilrettelægges med henblikk på senere praktisk utnyttelse (Mehlbye m.fl.1993:11).

For å ha nytte av en evaluering bør evalueringen tilpasses det enkelte opplegg. Tiltaket eller prosjektet og den sosiale situasjonen der tiltaket/prosjektet blir iverksatt er med på å bestemme hvordan evalueringen best bør gjennomføres. Det finnes ingen opplegg som passer til alle omstendigheter eller situasjoner, like lite som det finnes klær som passer i alle slags vær (Almås 1993:47).

Utgangspunktet for denne evalueringen var et prøveprosjekt hvor en ville øke innsatsen i det lokale kulturarbeidet og bruke det i et forebyggende helsearbeid. Ved å få evaluert arbeidet vil bydelen få et hjelpemiddel til å vurdere om prosjektet er noe å satse videre på. Det var et delmål fra Sosial- og helsedepartementet og Norsk kulturråd sin side. Den erfaring som oppstod underveis skulle spres og videreføres slik at de kunne ligge til grunn for politiske beslutninger innen det helsefremmende og forebyggende arbeid. De involverte parter skulle lære å tenke og handle i nye baner, og derfor er det viktig at erfaringene dokumenteres.

Hvilket design som er best egnet vil med andre ord vurderes og tilpasses etter problemstillingens karakter. I forrige kapittel skrev jeg at det var en prosess jeg skulle evaluere, og ser en på evaluering innen offentlig politikk er prosessevalueringer og resultatevalueringer de vanligste formene (Kjellberg og Reitan 1995). I resultatevalueringen er man opptatt av hvilke effekter og konsekvenser som følger av igangsettingen av et tiltak. I prosessevaluering er man derimot opptatt av ”de prosesser som karakteriserer selve gjennomføringen av et tiltak, uten nødvendigvis å gå inn på hele beslutningsprosessen og vurdering av det endelige resultat”

(Kjellberg og Reitan 1995:113). En slik evaluering vil dreie seg om hvorfor ting blir som de blir, hvorfor ting har utviklet seg som de har gjort (Baklien 1993a:267).

2.2 Intern eller ekstern evaluering?

I og med at et av delmålene med Kultur gir helse-prosjektet var å få den kunnskap som oppstod kjent for andre enn iverksetterne, var egevalueringer et viktig element i satsingen.

Prosjektleder har underveis i prosjektperioden skrevet egevalueringer, og avsluttet prosjektet med en sluttrapport. Så kan en jo spørre seg om det er behov for mer evaluering av det samme prosjektet. Hva kan en evaluering tilføre fra en som står utenfor og ikke har kjennskap til den interne dynamikken, og som må rekonstruere deler av satsingen?

Å gjennomføre en egevaluering har sine klare fordeler. Man har vært med fra starten av, og kjenner prosjektet i detalj. Både med hensyn til de problemer og diskusjoner som har oppstått underveis, og med de positive overraskelser som har dukket opp. Hvilke temaer som er i senter for samtalene viser hva de involverte aktører interessere seg for, noe som kan være vanskelig å fange opp når en kommer utenfra. Og en kan observere "hele tiden" uten at de observerte tenker over det. Å være en del av den organisasjonen en evaluerer har også sine klare fordeler i en intervjusituasjon. Det interne "språket" er kjent og det er lettere å stille oppfølgningsspørsmål både fordi en snakker det samme "språk", og fordi en allerede har førstehånds kjennskap til organisasjonen. Generelt vil man kunne få fyldigere og mer nyanserte intervjudata jo mer presise spørsmål en er i stand til å stille.

Like vel er det noen feller det er lett å gå i når en evaluere sin egen organisasjon. En av farene er at en inntar et selektivt perspektiv, "dvs. faren for at man bare ser det man vil se" (Nielsen og Repstad 1993:347). En annen felle er at en kjenner de en skal intervjuer kanskje for godt, noe som kan føre til uoverstemmelser om man ikke liker hverandre, eller det motsatt skjer at det blir en ren koseprat fordi en er for kollegial. Dette gjelder spørsmål om distanse, distanse i forhold til det som skal undersøkes. Ved å befinne seg i en posisjon hvor det ikke er naturlig å distansere seg, kan det også føre til skjevheter i databehandlingsprosessen ved at en kan bli påvirket av sine egne forutinntatte meninger og fordommer.

Ved å engasjere en til å evaluere utenfra unngår en disse fellene. En ekstern evaluator vil ikke møte de samme kravene om lojalitet fra kolleger, og i tilfelle negative resultater trenger en ikke å frykte at arbeidsplassen skal bli et utrivelig sted. Dermed står en friere i både datainnsamlingsfasen og ved behandling av data.

2.3 Valg av metode og gjennomførelse av egen undersøkelse

Valg av metode må som nevnt sees i lys av den teoretiske problemstillingen som er utgangspunktet for oppgaven. Det sentrale her er å studere en prosess hvor mål og visjoner blir vurdert opp mot hva som egentlig skjedde. Ved å se på og studere en prosess vil en prøve å finne ut hvorfor ting skjer. Prosessen i denne oppgaven kan deles inn i ulike faser; implementeringsfasen og til slutt avslutnings- og forankringsfasen.

Implementeringsanalyse er nødvendig for å besvare spørsmålet om hva som førte fram til resultatet, ved å beskrive hva som skjer og hvordan. Dette forteller beslutningstakerne hva som foregår i prosjektet, hvordan prosjektet har utviklet seg, og hvorfor og hvordan prosjektet fraviker fra de opprinnelige planer og forventinger (Patton 1990:269). Hensikten med implementeringsanalyse er å se på hvorfor ting utvikler som de gjør. Ved å se på iverksettingsprosessen ser en på hvorvidt det er avstand eller nærhet mellom intensjoner og realiteter (Baklien 1993a:269).

Å evaluere en implementeringsprosess gjennomføres best i følge Patton (1990) ved hjelp av kvalitative metoder. For å gjennomføre en kvalitativ undersøkelse er det viktig å forstå personene og prosjektet i en kontekst, og en studerer naturlige fenomen uten å introdusere ekstern kontroll eller manipulasjon. Forståelsen kommer best frem gjennom en induktiv analyse med åpne (open-ended), detaljerte, beskrivende og siterende data gjennom direkte kontakt med prosjektet og dens deltakere. Intervjudata for evaluering bør frembringe informasjon om hvordan prosjektet vurderes og oppleves av de personer som er involvert. Hvilke erfaringer og tanker, forventninger og meninger de har om gjennomføringen, prosessen og resultatet er ting som bør belyses.

I en evalueringssituasjon er det også nødvendig å være fleksibel med hensyn til hvilke metoder som er relevant. Det kan være behov for å benytte seg av flere ulike metoder i en og samme evaluering. Evalueringsforskning stiller krav til fleksibilitet i og med forskningen er orientert mot ulike situasjoner som endrer seg hele tiden. Metodologisk betyr det at det gjerne er nødvendig å benytte seg av flere metoder (Baklien 1993a:265).

For selv å få innblikk i prosjektet var jeg nødt til å benytte meg av både kvalitative intervjuer, dokumentanalyse og deltakende observasjon.

2.3.1 Kvalitative intervjuer

I evalueringsforskning er målet med kvalitative intervjuer å forstå hvordan deltakerne selv ser på virkeligheten. I denne evalueringen vil det si å forstå hvordan prosjektarbeiderer og deltakere selv ser prosjektet. Ved å foreta åpne, intensive intervjuer lærer forskeren aktørenes egen terminologi og oppfattelse av prosjektet å kjenne, og det er et godt redskap for å fange opp variasjoner og meningsmangfoldet intervjupersonene har om ulike temaer (Patton 1990).

For å bli kjent med feltet og de som var involvert i prosjektet var prosjektleder den første jeg tok kontakt med. Hun fungerte som en "innfallspott", og presenterte meg for ulike sentrale aktører i prosjektet. For å få bedre kjennskap til og forståelse for prosjektet i sin helhet, fulgte jeg prosjektleder på ulike møter og deltok på ulike aktiviteter.

Under skriveprosessen hadde jeg vært så heldig og fått et studentkontor på NIBR (Norsk institutt for by- og regionforskning). Jeg hadde ingen formell relasjon til forskningsinstituttet, og kunne formulere problemstillingen og skrive oppgaven helt "fritt". Som hovedfagsstudent og "forskerspire" ga denne tilhørigheten en hvis tyngde, slik at når jeg presenterte meg selv og oppgaven møtte jeg kun velvillighet ved datainnsamlingen.

Ved utvelgelse av intervjuobjekter spurte jeg prosjektleder om hvem det var hensiktsmessig å snakke med. Temaene jeg var interessert i få belyst var også bestemmende for hvem jeg benyttet som informanter. Før jeg intervjuet de ulike aktørene har jeg truffet informantene i ulike sammenhenger i forbindelse med prosjektet. Dette fordi vi ikke skulle være helt ukjente for hverandre i selve intervjusituasjonen. Det er to unntak fra dette opplegget, det er intervjuene med administrasjonssjefen og den daværende byrådsleder. Disse traff jeg bare en gang før intervjuet, da jeg presenterte meg og oppgaven og avtalte intervjuene.

I alt gjennomførte jeg ti intervjuer som alle varte mellom 1 og 1½ time. De intervjuede er tre psykiatriske sykepleiere, leder for avdelingen for pleie, rehabilitering og omsorg, leder for avdeling for nærmiljø og sosiale tjenester, leder for Skillebekk barnehage, prosjektleder, leder for bydelsutvalget, administrasjonssjefen og en konsulent i avdelingen for pleie, rehabilitering og omsorg. Alle disse ti har hatt et tett samarbeid med prosjektleder og representerer ulike sider ved prosjektet.

Disse intervjuene fant sted på informantenes egne kontorer, og jeg hadde med meg båndopptaker for å være sikker på at jeg fikk med alt de sa. Dette kan ha hatt den negative

konsekvensen at de intervjuede har følt det hemmende at samtalen ble spilt inn på bånd, slik at de har vært mer tilbakeholdene med hva de sa.

Før jeg startet med intervjuene hadde jeg noen ulike temaer jeg ville se nærmere på slik at jeg har benyttet meg av en intervjuguide, "the general interview guide approach" (Patton 1990:280). Denne guiden har mest vært en "huskeliste" for de ulike temaene jeg var interessert i å få belyst. Dette for å få kunnskap om de samme temaene fra ulike vinkler. Intervjuene varierer fra person til person, da enkelte har vært mer interessert i og kunnet mer om noen tema enn andre. Et resultat av det har vært at jeg var avhengig av å stille oppfølgingsspørsmål etter hvert som intervjuene har forløpt.

Intervjuene med prosjektleder avviker fra dette opplegget. De har hatt mer preg av en samtale i tillegg til at jeg har intervjuet henne flere ganger. Samtalene har utviklet seg underveis ettersom nye ting har dukket opp. Det siste halvåret prosjektet varte fulgte jeg prosjektleder rundt på både ulike aktiviteter, åpninger og møter. På den tiden fikk jeg anledning til å bli kjent med deltakere på ulike delprosjekt, og jeg traff arbeidsgruppene som var ansvarlige for delprosjektene.

Ved siden av disse mer planlagte intervjuene har jeg snakket med flere aktører i prosjektet, både brukere av aktivitetene og medlemmer av ulike arbeidsgrupper. Dette har hatt mer preg av samtaler da jeg ikke har benyttet meg av en intervjuguide med på forhånd bestemte tema som jeg ville snakke om. Retning på samtalen har vært situasjonsbestemt, og disse samtalene har bidratt til at jeg fikk et mer nyansert bilde av prosjektsatsningen som sådan.

Ved å intervju prosjektets ledergruppe fikk jeg en større forståelse for hva de hadde tenkt seg med prosjektet, hvilke mål og hvilke intensjoner de hadde for prosjektet. Dette ga meg informasjon om den arena hvor mål og beslutninger ble formulert. Intervjuene med tjenesteytere og samtaler med brukergruppen ga meg informasjon om den arena hvor mål og intensjoner ble satt ut i livet.

Siden prosjektet hadde pågått i over to år da jeg begynte min evaluering, var det flere ting jeg måtte rekonstruere. Å huske to til tre år tilbake i tid har for de fleste jeg intervjuet vært vanskelig. Utsagn som: "Få se om jeg greier å spole tilbake". "Ja, du utfordrer hukommelsen min nå". "Husker ikke så veldig godt", er beskrivende for de reaksjoner jeg fikk rundt spørsmål om startfasen.

2.3.2 Dokumentanalyse

Dokumenter var viktig for en rekonstruksjon av det som hadde skjedd forut for mitt engasjement. Dokumentene ble da et hjelpemiddel til å fylle ut de hullene som oppstod. Helt "tette" ble ikke disse hullene da dokumenter ikke formidler de ulike aktørers erfaring og meningsutveksling som var i startfasen.

Ved en sammenligning av intensjoner og realiteter var dokumentene et utgangspunkt for å finne fram til de mål og intensjoner prosjektledelsen hadde i starten. Gjennomgåelsen av dokumenter som søknad om å delta i prosjektet, de første nyhetsbrev og egenevaluering danner et grunnlag for bydelens strategi i startfasen. Dette dannet et grunnlag som kunne vise meg i hvor stor grad bydelen knyttet sine prosjektmål opp mot Nkr sine program mål.

Dokumenter som jeg var interessert i var: nyhetsbrev (det ble utgitt to ganger i året og informerte aktuelle lesere om hva prosjektet omhandlet og hvilke aktiviteter som var iverksatt etter hvert), møtereferater, referater fra tidligere arbeid som har påvirket dette prosjektet, søknader om økonomisk støtte til ulike aktiviteter, egenevalueringer underveis, prosjektbeskrivelser osv.

2.3.3 Deltakende observasjon

Gjennom observasjon kan en få frem forhold som aktørene selv ikke vektlegger i intervjuer og dokumenter. Ved å være til stede på ulike møter og aktiviteter fikk jeg større innsikt i aktørenes arbeidssituasjon og gangen i de iverksatte aktiviteter. Ting som de av ulike grunner ikke ønsket å snakke om, ”glemte” eller bagatelliserte, kunne bedre belyses ved selv å være til stede og se hvordan aktørene faktisk opptrer i bestemte typer situasjoner. Ved deltakende observasjon prøver en å observere direkte den samhandling som finner sted mellom aktørene, og en prøver selv å delta i så mye av denne samhandlingen som overhode mulig (Wadel 1991:9).

Den deltakende observasjonen ble gjort ved flere av arrangementene som kom i stand gjennom satsingen, og i ulike møtesammenhenger. Utvelgelsen av aktiviteter som jeg deltok på ble i stor grad påvirket av prosjektleders anbefalinger. Disse aktivitetene er også i stor grad de aktiviteter bydelen ønsker skal videreføres etter at prosjektperioden var over. Et annet moment som var viktig ved utvelgelsen av arrangementer jeg deltok på var tidsperspektivet. Da jeg ble involvert i prosjektet var mange aktiviteter avsluttet. De som fremdeles var i drift var aktiviteter bydelen hadde sett gode resultater av, eller at de hadde en avslutningsdato etter at selv prosjektperioden var utløpt.

Jeg var tilstede ved flere av arrangementene som kom i stand gjennom satsingen, og fikk anledning til å observere hva som foregikk. Andre aktiviteter fikk jeg innblikk i ved at jeg deltok på arbeidsmøter som ble holdt. I en slik kontekst fikk jeg anledning til både å observere og stille spørsmål. Gjennom deltakende observasjon fikk jeg en bedre forutsetning for å forstå den prosessen som la bak utviklingen av delprosjektene.

I tillegg var jeg til stede under en presentasjon av satsingen for de ulike utvalgene i LO. Her ble prosjektene fra bydel 1 Bygdøy-Frogner, bydel 2 Uranienborg-Masjorstuen og Borre kommune presentert, med tanke på å utvide konseptet og bruke kunst som forebyggende helsearbeid i arbeidslivet.

En annen møtearena jeg deltok jevnlig på, det siste halvåret jeg fulgte prosjektet, var ”Levende bydels-møtene”. Disse møtene fungerte som et treffpunkt for representanter fra de ulike avdelinger og tjenestesteder i bydelen. Her ble informasjon utvekslet og sentrale temaer og eventuelle problemer ble diskutert. Disse møtene deltok jeg på siden de hadde en sentral funksjon gjennom hele satsingen, og da spesielt ved implementeringsfasen. Ved å selv være tilstede og observere hva som blir sagt og gjort, og se på hvem som er mest ivrig til både å fremme sin sak og delta i diskusjoner, fikk jeg et bedre innblikk i hva ”Levende bydels-møte-konseptet” var og er.

I og med jeg kom sent inn i prosjektet, det hadde allerede pågått i nesten 2 ½ år, var det bare det siste halvåret jeg kunne følge. Mange aktiviteter var da avsluttet og arbeidsmøtene hadde opphørt. Dermed forsøkte jeg å få et mer allsidig innblikk i de delprosjektene som gikk helt til slutt, og som sannsynlig vil fortsette etter prosjektperioden er over, ved å både delta på arbeidsmøtene, være tilstede på aktiviteten og se på referater på hva som skjedde forut for min observasjonsperiode.

2.3.4 Min rolle som evaluator

Hva var min rolle? Var jeg en deltakende observatør eller en ”onlooker” (Patton, 1990:206)? I følge Patton er det ikke noen enten eller svar på et slikt spørsmål siden graden av deltakende observasjon vil variere alt etter hvilket felt som blir studert. Min rolle som ”forsker” var åpen i den forstand at informantene viste hvem jeg var og at jeg ville samle inn data. Jeg var til stede på ulike arbeidsmøter om den videre drift av delprosjekter hvor problemer ble diskutert og ideer om den videre fortsettelse ble fremmet. I en slik kontekst fikk jeg tildelt en aktiv rolle i og med

jeg ble oppfordret til å komme med innspill, bidra med ideer til den videre drift osv. Var det noen tema jeg hadde lyst til å utdype eller om det var noe jeg lurte på, så kunne jeg fritt spørre.

I andre møtesammenhenger hadde jeg en helt passiv rolle. Dette gjaldt spesielt i brukerrådsmøter. Medlemmene av brukerrådet viste hvorfor jeg var der og at jeg kom utenfra, så den delen av min tilstedeværelse var avklart. Det var også helt klart at i en slik situasjon skulle jeg forholde meg helt passiv og kun observere. Så min rolle endret seg etter de ulike områdene jeg beveget meg innenfor.

Det som preget datainnsamlingen var en velvillighet fra alle de jeg var i kontakt med fra bydelen, og spesielt må jeg berømme prosjektleder. Prosjektleder har selv et avsluttet hovedfag bak seg, og hadde forståelse hvor viktig datainnsamlingsfasen var. Dette var en stor hjelp for meg da det var første gang jeg skulle inneha en forskerrolle. Som jeg viste overfor endret rollen min seg etter hvilken kontekst jeg befant meg i.

Intervjusituasjonen endret seg også alt etter hvem jeg intervjuet. Var det et på forhånd avtalt intervju med en på forhånd bestemt intervjuguide var det avklarte roller. Aktørene var intervjuobjekter og jeg var studenten. I startfasen brukte jeg min tilknytning til NIBR som en legitimering av min rolle og min tilstedeværelse, jeg følte det ga mer tyngde. Etter hvert som jeg ble mer kjent med aktørene, og de med meg, var det helt klart at jeg var en hovedfagsstudent som var tilstede for å samle data til oppgaven. Fordelen ved at jeg var en nybegynner som forsker, var at jeg kunne be informantene forklare meg for de selvsagte ting, og dermed var det barrieren for å stille ”dumme” spørsmål brutt (Wadel 1991:35).

I informasjonshenting fra brukergruppen derimot fikk intervjuene mer preg av samtaler. For at et intervju skal ha form som samtale er det flere forutsetninger som være tilstede (Wadel 1991:52). Samtalene med brukergruppen fant sted mens jeg deltok og observerte aktiviteten, som for eksempel når jeg var tilstede ved Kulturkaféen, et kafétilbud for mennesker med psykiske lidelser. Videre observerte jeg samtalene, og jeg prøvde å delta i samtalene og prate med brukerne.

Evaluatrorollen er også en balansegang mellom hvor nært en ønsker å gå inn på de personer en undersøker, og hvor mye distanse en ønsker å ha til feltet. En distanserende og marginal posisjon blir ofte beskrevet som et ideal for forskeren. En viss distanse til de studerte er ønskelig for å ha et overblikk over feltet, mens den marginale posisjonene gjør det mulig å se og oppdage forhold som aktørene tar for gitt. For å kunne gripe et materiale med en nødvendig analytisk distanse, bør ikke forsker leve seg for mye inn i situasjonen men prøve å opprettholde en viss avstand (Fangen 1997).

Samtidig kan det stilles spørsmål ved det fruktbare i en altfor distanserende og analytisk tilnærming. Uten den empati og innlevelse som oppstår i det personlige møtet, kan evaluator ikke fullt ut forstå menneskelig atferd. Forståelsen oppstår ved å sette seg i den andres sted, ved å forsøke å avdekke hvordan andre tenker, handler og føler (Patton 1990).

Min rolle endret seg ikke bare i forhold til hvilken arena jeg beveget meg innenfor, men også over tid endret forholdet seg. I startfasen av mitt feltarbeid var det naturlig å ha en mer eller mindre marginal posisjon. Jeg kom utenfra og viste lite om hva prosjektet dreide seg om, dermed var det viktig å få et overblikk over feltet. I og med feltet var nytt hadde jeg heller ikke så mye å bidra med. Etter hvert som jeg kom mer inn i tingenes tilstand og ble kjent med aktørene og de med meg, fikk jeg mer deltakende rolle. Resultatet var en mer avslappet tone som hadde den positive effekt at fortroligheten økte.

Hensikten med mitt feltarbeid var å samle inn beskrivende data, som i fortolkningsfasen skulle være grunnlaget for å se handlingen i forhold til de sentrale intensjoner med prosjektet.

3 Samhandling, et sentralt perspektiv

3.1 Prosjektorganisering

Kultur gir helse var et prøveprosjekt initiert på sentralt nivå, med det for øye å skulle gi et tilpasset tilbud til definerte klientgrupper.

Innen offentlig virksomhet, og spesielt innen klientrettet virksomhet er prosjektformen i stadig større grad tatt i bruk (Ryen 1993). Bruk av prosjekter både innen næringslivet og offentlig forvaltning er en tendens som kan relateres til den stadige økende endringstakten i samfunnet generelt. Fra å ha relativt stabile og predikerbare omgivelser i det industrielle samfunnet har endringstakten i det postindustrielle samfunnet økt. Dermed er den konteksten som organisasjoner skal forholde seg til omskiftelig, omgivelsene er mer permanent turbulente (Christensen og Kreiner 1991).

De skiftende omgivelsene påvirker organiseringen av hovedorganisasjonen så vel som prosjektet. Prosjektene er ikke lengre tjent med å være ”en tidsbegrenset engangsoppgave med tverrfaglig koordinert innsats for å løse en bestemt oppgave” (Ryen 1993:300). De må være åpne og tilpassningsdyktige overfor endringer i omgivelsene samtidig som det kreves et mer fleksibelt forhold til prosjektets målsetting. Omgivelsene kan omfatte overordnet myndighet, samarbeidspartnere og brukergrupper.

I tillegg til å kunne tilpasse prosjektet i forhold til endringer i omgivelsene blir det også vesentlig å mestre usikkerhet i arbeidet med å oppnå målsetningene. For å møte usikkerhet kan prosjektet søke kontroll eller innflytelse over forhold i omgivelsene som har betydning for virksomheten. Står en i tillegg i et avhengighetsforhold ressursmessig til andre instanser, kan kontroll fremskaffes gjennom utveksling av informasjon og samarbeid om oppgaver. Prosjekter i offentlig regi rettet mot spesielle brukergruppe vil dermed være avhengig av samarbeid med allerede eksisterende strukturer. Slike oppgaver er ofte tverrfaglig, slik at gjennomføringen av dem blir avhengig av ressurser og kompetanse fra flere funksjonsområder (Westhagen 1984).

For å si at organisert virksomhet er et prosjekt er det visse basisforutsetninger som må være til stede. Blant annet så skiller prosjektoppgaver seg fra rutineoppgaver som mer er rettet inn mot opprettholdelsen av organisasjonen. Det er spesielt oppgaveorganiseringen som er ulike i disse to organisasjonsformene.

Figur 3.1 *Noen forskjeller mellom rutineoppgaver og prosjektoppgaver (gjengitt fra Jessen 1998:22)*

Rutineoppgaver	Prosjektoppgaver
Er funksjonsorienterte	Er resultatorienterte
Utføres for å holde operasjoner i gang	Utføres for å nå et bestemt mål
Skjer ofte, med relativ jevn frekvens	Er unike, dvs. er engangsoppgaver
Benytter kjent organisasjonsstruktur	Krever ofte ny organisasjonsstruktur
Krever ikke nødvendigvis spesialkunnskaper	Er som regel ekspertorienterte
Kan utføres med relativt uselvstendig lederstil	Krever gjennomgående selvstendig lederstil

En annen måte å avgrense prosjektarbeid fra annen organisert virksomhet er å betrakte forholdet mellom programmer og prosjekter. Programmer blir tolket som å være av mer overordnet karakter enn prosjekter. Programmer iverksettes for å nå mer langsiktige, strategiske formål. Prosjekter er enkeltstående tiltak som gjennom sine individuelle mål bidrar til at programmer og programerklæringer oppfylles.

Ved å betrakte prosjekter som et middel til at programmer blir oppfylt kan Kultur gir helseprosjektet i Bygdøy-Frogner bydel bli betraktet på to måter. For det første kan Kultur gir helseprosjektet i Bygdøy-Frogner bydel betraktes som et prosjekt som skal bidra til at bydelens nærmiljøpolitikk blir oppfylt. For det andre kan det betraktes som en del i en større helsepolitisk sammenheng hvor programmet er å bedre folkehelsen og Kultur gir helse er et mål på veien. Begge betraktningmåtene kan benyttes om Kultur gir helseprosjektet i Bygdøy-Frogner bydel.

Om et prosjekt skal lykkes er samarbeid en forutsetning i følge Jessen (1998). Selv om man formelt er alene om et prosjektarbeid, som prosjektleder eller fagansvarlig, er man alltid avhengig av andre for å skaffe riktig informasjon, tolke meninger, få beslutninger gjennom osv. (Jessen 1998). Med en slik forståelse av prosjektarbeid, hvor konteksten som prosjektet skal gjennomføres i stadig skifter, og hvor samhandling er en forutsetning, skal et prosjekt som Kultur gir helse handle innenfor.

3.2 Forutsetninger for samhandling

Konteksten her er en bydelsforvaltning som har en byråkratisk struktur med klart avgrensede oppgaver. I denne settingen skal Kultur gir helseprosjektet prøve å fremskaffe noen nye handlingsalternativer for de involverte aktørene. Blant annet skulle det gjøres større plass for samhandling blant aktører både på individnivå og på organisasjonsnivå. En slik tilpasning kan enten skje ved at man tilpasser de gamle strukturer og gjør rom for nye samhandlingsformer, eller man danner nye organisasjonsstrukturer parallelt med de gamle organisasjonsstrukturene. Med de sentrale intensjoner med prosjektet i bakhodet, vil bydelens evne til å tilrettelegge for nye samhandlingsstrukturer være en pekepinn på grad av vellykkethet av Kultur gir helseprosjektet.

For å vurdere i hvilke forutsetninger samhandlingene hadde, vil jeg benytte meg av en forenkling av virkeligheten, en firefeltstabell.

Figur 3.2 *Hovedtyper av betingelser for samhandling i sosiale systemer (gjengitt fra Martinussen 1984).*

	Forhold som styrer mulighetene for samhandling	Faktorer som virker på motivasjonen for samhandling
Rammebetingelser	1 <u>Mulighetsstruktur</u>	2 <u>Motivasjonsgrunnlag</u>
Indre samhandlingsbetingelser	3 <u>Strukturelle ordninger</u>	4 <u>Handlingspremisser</u>

Mulighetsstrukturene er de ytre forhold som styrer mulighetene for samhandling. Ytre forhold som kan ha relevans i denne evalueringen er politiske prosesser på nasjonalt nivå, prosesser som har hatt effekter på bydelsnivå. Hvordan disse effektene blant annet har påvirket den økonomiske situasjonen bydelen må forholde seg til, påvirket de fysiske ressursene i bydelen som prosjektet skal virke innenfor, sier noe om de strukturer som styrer muligheten for samhandling.

Motiveringsgrunnlaget er de faktorer som fremmer eller begrenser motivasjonen for fortsatt samhandling, hvordan rammebetingelsene påvirker en eventuell videre samhandling gjennom aktørenes symbolutvikling, kunnskapsproduksjon og normdannelse. Igjen vil politiske prosesser, både nasjonale og lokale, ha effekter for samhandlingens betingelser. Effektene vil påvirke det handlingsrom som er i bydelen – et handlingsrom som både vil prege aktørene i deres agerende, og som aktørene selv vil påvirke gjennom sin medvirkning. Det vil blant annet være de sosiale og kulturelle ressurser aktørene forholder seg til, og som de er en del av.

Strukturelle ordninger viser til hvordan organisasjonen er oppbygd og i hvilken grad samhandling er mulig innen organisasjonens rammer. Spesielt vil kommunikasjonsstrukturen være viktig her. Kommunikasjonsstrukturen vil være avgjørende for de kontakt- og samhandlingsmuligheter som i det hele tatt eksisterer, som i sin tur bestemmer hvilke personer og grupper som utveksler verdier innen systemet og hvilke som er innbyrdes isolert. Hvilke grupper og avdelinger som er representert i prosjektets organisasjonsstruktur tydeliggjør hvem man formelt har tenkt skal samhandle i prosjektets regi, som igjen vil si hvem som vil kommunisere med hverandre. Med tanke på de sentrale intensjonene om tverrsektorielt samarbeid og brukermedvirkning, er kommunikasjonsstrukturen viktig å analysere i forhold til en vurdering om intensjonen ble realisert eller ikke.

Til slutt må det skapes normer om at organisasjonens virksomhet er rett og riktig, foregår på den fornuftigste måte, og er en viktig del av medlemmenes liv, som i korthet beskriver **handlingspremissene** (Martinussen 1984:140). I evalueringen vil det si om aktørene finner samhandlingen nyttig og om det er en måte å arbeide på som aktørene både kan bidra til og dra effekter av.

En slik modell må tilpasses til det feltet den skal brukes på. I en undersøkelse er det kanskje bare en eller et fåtall prosesser som analyseres, mens de øvrige forutsettes å spille en liten rolle eller være så konstante og upåvirkelig at de i høyden omtales som gitte størrelser.

Evalueringen vil se på hvordan prosjektet har blitt tilpasset og har funnet sin plass i bydelsorganisasjonen. Samtidig som prosjektet skal dannes og tilpasses omgivelsene, skal det også gjøres rom for samhandlingsmønstre. Modellen vil være et hjelpemiddel til å beskrive rammene samhandlingen forholder seg til innen prosjektorganisasjonen.

Denne samhandlingen vil blant annet være påvirket av **rammebetingelsene**. Rammebetingelsene vil være de ytre strukturer som påvirker den sosiale utveksling gjennom stimulering eller begrensning. I Kultur gir helse-prosjektet var rammebetingelsene de gamle organisasjonsstrukturer som prosjektet skulle implementeres i. Innbakt i disse strukturene ligger det noen fysiske, sosiale og kulturelle ressurser som medlemmene bruker i samhandlingen. Disse ressursene vil på sin side igjen ha betydning for de gamle organisasjonsstrukturene, som igjen vil påvirke dannelsen av nye organisasjonsstrukturer. De gamle organisasjonsstrukturene som Kultur gir helse skulle implementeres i var en bydelsforvaltning. Kulturelle og sosiale ressurser vil blant annet være erfaring og kunnskap som er opparbeidet i organisasjonen uavhengig av aktørene, og de erfaringer og kunnskaper aktørene selv bringer med seg inn i organisasjonen. Fysiske ressurser vil være påvirket av de økonomiske betingelser prosjektet har å forholde seg til.

De indre samhandlingsbetingelsene vil være den organisatoriske oppbyggingen rundt samhandlingen, som her vil være mellom tjenesteyterne og brukerne og mellom etater og sektorer. Til slutt må det være et felles grunnlag for at samhandlingen skal fortsette. Det må være noen normer som sier at samhandlingen er et viktig område å satse på og gir noe tilbake til aktørene.

Ved å ta utgangspunkt i denne modellen vil jeg se på konteksten samhandlingen forgikk i. For å få en bedre forståelse for hvorfor samhandlingen ble som den ble vil jeg bruke modellen til både å se på den interne organisasjonsdynamikken og på de eksterne forhold som påvirker denne. Modellen blir et redskap for å analysere betingelsene for samhandlingen. Ved å gå tilbake til de sentrale intensjonene på sentralt hold ser vi at samhandling både på det organisatoriske plan mellom ulike etater og frivillige organisasjoner, og på et brukermedvirkningsplan mellom tjenesteyter og bruker av prosjektet var blant programmålene til Norsk kulturråd.

Sentralt i denne oppgaven er å få belyst nettopp hvordan samhandlingen på det tverrsektorielle plan og mellom tjenesteyter og bruker har blitt gjennomført i Bygdøy-Frogner bydel. Dette er samhandlingsformer som jeg vil dele opp i to analysekapitler. Samhandling på det organisatoriske plan krever et annet begrepsapparat enn samhandling mellom bruker og tjenesteyter.

For å analysere samhandlingen som skal gå på tvers av sektoregrensene vil jeg benytte meg av perspektiver på tverrsektorielt samarbeid. I analysen av samhandlingen med bruker vil jeg benytte meg av empowermentbegrepet og ulike perspektiver på brukermedvirkning.

3.3 Tverrsektoriell samhandling

Prosjekt Kultur gir helse skulle stimulere til et samarbeid som gikk på tvers av etablerte fag- og etatslinjer. Innen organisasjonsstrukturen skulle det gjøres rom for samhandling mellom ulike fag og etater som tradisjonelt har lite eller ingen samarbeid, et samarbeid som skulle bidra med noe nytt innen det helsefremmende arbeidet. For å se i hvilken grad prosjektet har innfridd forventningene om et tverrsektorielt samarbeid, vil jeg benyttet meg av ulike perspektiver på området.

Den konteksten prosjektet skulle implementeres i, er en kontekst som er influert av flere ulike prosesser. Desentralisering og bydelsreformen som fant sted på midten av 80-tallet var et element som førte til flere lovpålagte oppgaver til kommunene og bydelene. Dette blir utdypet i neste kapittel. Det er ikke bare denne konflikten mellom lovpålagte og frivillige oppgaver som presser velferdskommunene. I tillegg skjer det en stadig omskifting i etterspørselen etter tjenester. Som et resultat av en økning av både samfunnsproblemene og folks krav og forventninger til offentlig tjenester, øker også etterspørselen. Økt inntektsnivå, utdanningsnivå

og større innsikt i hva som er mulig til å få til, fører til krav om bedre utdanningstilbud, bedre kulturtilbud, mer avansert kirurgi osv. (Knudsen 1993:12).

En konflikt som oppstår etter hvert som etterspørselen øker er hvordan en skal møte denne etterspørselen, samtidig som det fremsettes krav om budsjettnedskjæring. Tradisjonelt har eksisterende institusjoner og etater vokst både byråkratisk og hierarkisk etter hvert som behovene har krevd det. I dagens samfunn med skiftende omgivelser, skiftende behov for tjenester, nye teknologier og arbeidsmetoder og til dels uforutsigbare resultater, er det behov for nye og vekslende kompetansesammensetninger, samarbeid og fleksible nettverksstrukturer (Ibid).

Offentlig forvaltning står overfor en situasjon hvor de må tilpasse seg et samfunn som stadig er i endring, og hvor samarbeid på tvers av sektorene og effektivisering er et resultat av denne endringsstendensen. Samarbeid er ikke et uproblematisk begrep og har en dobbel betydning.

På den ene side innebærer samarbeid et *mønster av vedvarende samhandling*, eller en *serie av suksessive transaksjoner*, der partene ser den enkelte transaksjon i lys av hele serien, og der *ytelser vurderes mot motytelse for serien under ett* i motsetning til markedstransaksjoner, der hver ytelse vurderes for seg. På den annen side har også ordet samarbeid positiv valør, og innebærer at selvstendige enheter *evner å justere sin adferd og politikk*, slik at samhandlingen kan skje rasjonelt, uten konkurranse og konflikt, og med best mulig ressursutnyttelse og best mulig ytelse totalt sett (Knudsen 1993:19 uthevelse i original).

Samarbeid kan dreie seg om koordinering uten ordre ovenfra, utveklingsperspektivet. Eller at en overordnet instans gir ordre om samhandling mellom enhetene på lavere nivå, mandatperspektivet. Mellom disse to perspektivene er det ikke et entydig skille. Knudsen (1993) betrakter mandatperspektivet som en underkategori til utveklingsperspektivet. Det sentrale med utveklingsperspektivet er at aktørene i sitt ønske om å realisere sine mål søker å komme fram til en fornuftig oppgavefordeling. I dette ligger det en erkjennelse av gjensidig avhengighet. Et resultat av dette er at samarbeidet ikke bare avhenger av partenes evne og positive innstilling til samarbeid, men også av overordnede politiske og økonomiske rammebetingelser.

Viktige faktorer og elementer som stimulerer til samarbeid er ressursknapphet, underbemanning, manglende informasjonstilgang og manglende spesialkompetanse. Disse faktorene kan være viktigere enn politisk press. Behovet for spesialisering og differensiering av tjenester er så stort at den enkelte enhet umulig kan bli selvforsynt med ressurser og kompetanse. Enhetene er derfor noen ganger nødt til å løse oppgavene gjennom interorganisatorisk samhandling, selv om dette medfører avhengighet. Utveklingsperspektivet forutsetter med andre ord at partene har noe å gi samtidig som de har behov for å ta imot. Den gunstigste betingelsen for samarbeid er når enhetene står i et gjensidig avhengighetsforhold til hverandre gjennom delvis overlappende domenefordeling, og når ressursene som utveksles er viktige for begge parter og vanskelig å oppnå annetsteds.

Det sentrale med mandatperspektivet er når en høyere myndighet ser behov og muligheter for totalforbedring gjennom økt koordinering og samarbeid.

For å lykkes i et samarbeid er det i følge Knudsen (1993) tre kriterier som bør være til stede; domenekompabilitet, ideologisk og kvalitetsmessig kompabilitet og mandatkompabilitet.

Skal det være domenekompabilitet må samarbeidet være nyttig ut fra fordelingen av oppgaver mellom de forskjellige enhetene. Domene er en sentral komponent i vurderingen av samarbeidspotensialet, og domenebegrepets betydning kan knyttes opp mot tre relevante anvendelsesområder innen samarbeid. I første omgang henspeler begrepet på funksjoner, tjenester, klientgrupper og geografisk plassering for den enkeltes enhet. Videre er det domeneenighet eller domeneavklaring hvor begrepet betyr at deling av oppgaver er et resultat

av kompromiss eller forhandlinger. For det tredje er det interorganisatorisk domene hvor graden av koordinering er ønsket ut fra et problemområde av felles interesser for flere enheter. Enheter med domenekompabilitet vil med andre ord kunne utfylle og utnytte hverandres kompetanser og betjene samme klientgruppe med flere tilbud. De kan gå sammen om å dekke geografiske områder, og vil i motsetning til enheter uten domeneoverlapping ha nytte av samarbeid, samtidig som de i motsetning til enheter med fullstendig sammenfallende domene vil ha lavere konfliktpotensiale.

Er det domenekompabilitet vil neste kriterie som bør være tilstede ideologisk og kvalitetsmessig kompabilitet. Ideologisk kompabilitet uttrykker oppfatninger av hva enhetene eller institusjonene står for, og kvalitetsmessig kompabilitet uttrykker partenes vurdering av hverandres faglige prestasjonsnivå.

Det som i bunn og grunn blir sentralt og som er de avgjørende komponentene for samarbeid er tillit mellom partene og muligheter for reell nytte av samarbeidet. I praksis er det den enkeltes enhets evne til å samhandle ut fra disse premisene som er avgjørende.

En annen sentral intensjon med prosjektet var å la brukerne få være med å bestemme over egne aktiviteter. Idealet var å få involvert brukerne allerede fra planleggingsstadiet av, å la brukerne komme mer med og bestemme over egne aktiviteter. I forholdet mellom intensjoner og realiteter vil jeg bruke empowermentperspektivet for å se i hvilken grad bydelen følger opp intensjonen om brukermedvirkning. Empowerment og brukermedvirkning har det til felles at brukerne blir betraktet ut fra sitt individuelle ståsted. Imidlertid vil empowerment fokusere på marginaliserte grupper noe som er til felles med satsingen. Kultur skal brukes til å fremme helsen, med andre ord henvender prosjektet seg til brukergrupper som enten har behov for å bedre helsen i forhold til et sykdomsbilde, eller som er i en faresone for å få forringet helse. Erfaring viser at kulturlivets småforbrukere er helsetjenestens storforbrukere (Med helse i hånden: 10). Denne gruppen vil en prøve å nå gjennom et tilrettelagt kulturtilbud.

3.4 Samhandling med brukerne; empowerment

Empowerment er et begrep som har gjort seg gjeldene utover på 90-tallet (Adams 1996). Begrepet er nært beslektet med brukers rettigheter og brukers deltakelse og kan relateres både til den senere tids frigjøringskamper og sosiale bevegelser. Empowerment representerer både en teori og en metode for sosialt arbeid. Som vi ser er empowerment et begrep som er først har gjort seg gjeldene i den senere tid, og som har røtter fra flere forskjellige brukerrelaterte bevegelser. I følge Adams bør all form for sosialt arbeid inneholde elementer av empowerment. "In many situations, without empowerment, it could be argued that something fundamental is missing from the social work being practised" (Adams 1997:3).

Med andre ord er det et begrep som er omfattende, og i dette kapittelet vil jeg gjøre rede for dets innhold og si noe om relevansen i forhold til evalueringen.

I USA oppstod empowerment-bevegelsen som en reaksjon på et for dårlig planlagt desentralisert helsevesen, der mange psykiatriske pasienter ikke fikk de tilbudene de hadde behov for. Oversatt til norsk betyr empowerment å bemyndige, dyktiggjøre og sette i stand. Bemyndige viser til at brukerne må få myndighet i forhold til hjelperene, mens dyktiggjøre og sette i stand viser til at en måtte styrke brukeren sin posisjon. Begrepet fanger dermed både brukerstyrking og brukermedvirkning (Huus, 1996).

Å definere begrepet er imidlertid vanskelig fordi det inneholder så mange ulike aspekt. Innholdet vil variere både etter hvem som definerer det og hvordan de aktørene som skal iverksette det forholder seg til empowerment. Empowerment og brukermedvirkning har noen fellestrekk som bygger på noen grunnleggende ideer. En av disse er at personer har ulike behov

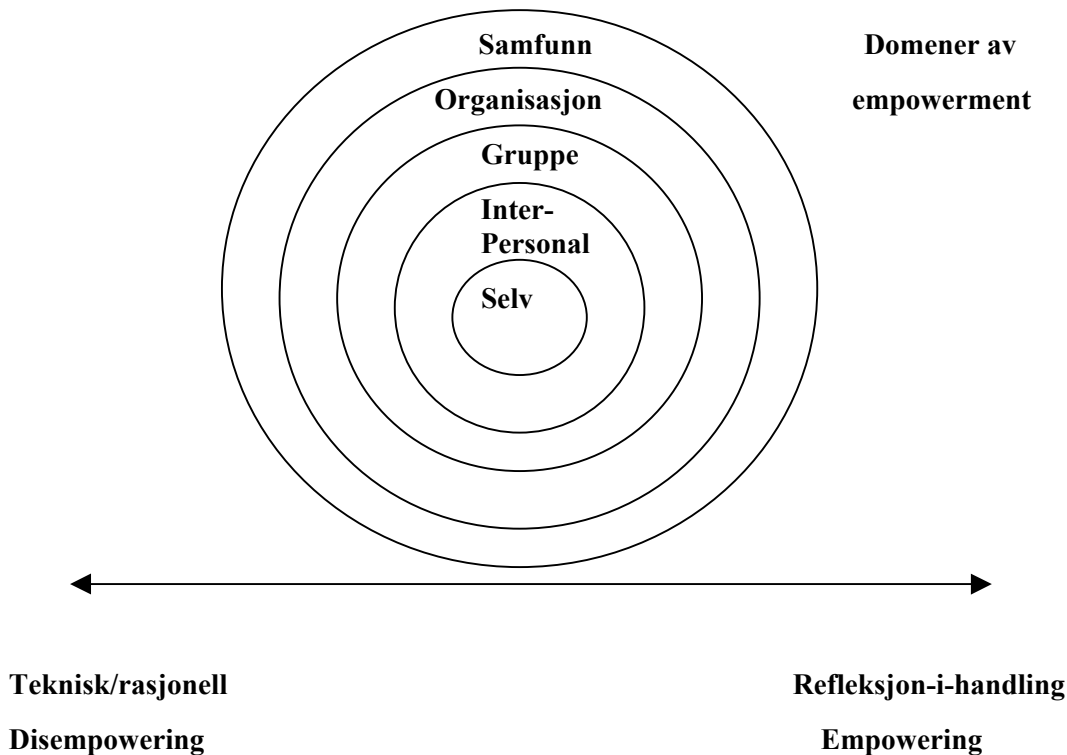
og preferanser, og at det er den enkelte bruker som er best i stand til å definere og vurdere sine egne ønsker og behov. Satt på spissen kan en si at brukeren blir betraktet som ekspert på seg selv og sin egen situasjon, og at ekspertene skal være mottakere av denne ekspertisen.

I USA har empowerment-bevegelsen beveget seg i ulike retninger og har fått forskjellige meninger for de ulike grupperingene. Det har blitt utskilt to forskjellige politiske hovedfraksjoner alt etter hvordan personene i brukerbevegelser har identifisert seg selv. De som kaller seg selv for eks-pasienter tenderer til å avvise den medisinske modellen av sinnsykdrom, og viser dermed mistillit til det etablerte psykiatriske helsevesen. Et eksempel på en slik bevegelse i Norge er "Aurora". "Aurora" er en støtteforening for mennesker i psykiatrisk behandling som ble stiftet i 1994. Foreningen er kritisk til dagens psykiatriske helsevesen, og arbeider for å forby tvangsmedisinering, og for å sikre at ingen skal få en diagnose uten en fullstendig vurdering og utredning foretatt av to avhengige psykiatere/psykologer. "Aurora" arbeider også for å satse på alternative behandlingsformer, alternativ medisin etc. (Huus, 1996).

Den andre retningen består av de som blir kalt/kaller seg selv for brukere/konsumenter (consumers), og de aksepterer den medisinske modellen og det tradisjonelle helsevesen, men arbeider for å bedre systemet og for å innføre brukerkontrollert alternativ. Det begge har til felles er at de vil oppnå en endring i ekspertkunnskapen, en endring hvor bruker får økt innflytelse over egen situasjon.

Det er imidlertid to nøkkel-komponenter en må ta stilling til for å få satt empowerment-prosessen ut i live. For det første må en avgjøre hvilket domene eller nivå, fra enkeltindivid til samfunnsnivå, empowerment skal være gjeldene for. For det andre må helsearbeidere være bevist på sine handlinger i et empowerment-perspektiv. Dette kan illustreres på følgende måte:

Figur 3.3 *Rammeverk for empowerment i praksis (gjengitt fra Adams 1996:40)*



Bruk av ringer i figuren illustrerer at alt innenfor hver ring inkluderes, samtidig som det hindrer en antydning om at et nivå er høyere enn andre. Domenebegrepet er også brukt for hindre at nivåene skal få en hierarkisk betydning. Skal eksempelvis en empowermentprosess

implementeres på gruppenivå, må empowermentarbeidet parallelt konsentrere seg om aktørene i gruppen, med andre ord må de innenforliggende nivåene også være en del av den samme prosessen.

Den horisontale akse illustrerer helsearbeidernes holdning og metoder i forhold deres arbeid. Har helsearbeiderne en rasjonell holdning til arbeidet, som vil si at det viktigste er å få unna arbeidsoppgaver uten å ta hensyn til klientenes behov og ønsker, er det vanskelig å få iverksatt en empowermentprosess. Sannsynligheten for at det motsatte skjer er stor, at klienten i stedet blir "overkjørt" av helsearbeidernes "jeg vet best"-holdning, og som overtar ansvar og oppgaver som klienten i realiteten kunne ha gjort selv.

Er derimot det sentrale for helsearbeiderne å bedre klientens situasjon gjennom en styrking av klienten kan en empowerment-prosess iverksettes.

Selv-empowerment mener Adams er et område som er neglisjert, men som henspiller på at både arbeidere innen helsesektoren og brukerne bør være empowered. Dette fordi skal en person arbeide bevist med empowerment bør denne personen selv være empowered, for å ha motivasjon og kapasitet til å hjelpe og styrke andre mennesker.

Det er ikke uvanlig å snakke om empowerment som en psykologisk prosess hvor det er individet som står i sentrum, og at det er individet som får mer kontroll over egen livssituasjon. Innen individområdet ser Adams for seg myndiggjøring av aktører som bevisstgjøring, frigjøring og handlingsprosesser som over tid øker sannsynligheten for deltakelse og aktivitet på gruppe- og samfunnsnivå. Her er det en kritikk, hvor noen hevder at en ikke kan snakke om empowerment uten at hele grupper begynner å kreve innflytelse. Empowerment på samfunnsnivå er også imidlertid en prosess som er blitt kritisert. Man forutsetter for eksempel at det innenfor et geografisk avgrenset område finnes en stor gruppe mennesker med et sett av felles verdier og fellesoppfatninger av livskvalitet/helse, som igjen genererer felles handling (Andrews 1999:75).

Empowerment er en prosess hvor veien til helse går gjennom en omfordeling av makt og kontroll fra profesjonelle eller staten til enkeltindivider og lokalsamfunn. Kontroll er tenkt realisert gjennom at befolkningen selv deltar aktivt i beslutningsprosesser (Andrews 1999). For å oppfylle ideen om empowerment må noen som befinner seg i en posisjon med makt, myndiggjøre andre som er i besittelse av mindre makt. Samtidig som empowerment er et uttalt siktemål, går det også klart frem at det egentlige formålet med å øke egen kontroll er å gjøre sunne valg. Et slikt skifte av makt fra profesjonelle eller staten til enkeltindivider og lokalsamfunn viser seg ikke alltid å være tilfelle. Det som imidlertid er viktig her er hvordan makt skal forstås som. "Magt til at handle og magt over eget liv, men ikke magt over andre (NOU 1998:18 s.190).

Et annet moment som er bygget inn i debatten rundt empowermentstrategien, er det frivillige aspektet.

Mens Tones (1992) fremhever at en modell som har "empowerment" som siktemål, er den best egnet innenfor forebyggende helsearbeid, fordi den blant annet både ideologisk og etisk bygger på voluntarismen, setter Peteresen og Lupton (1996) spørsmålsteget ved graden av frivillighet i måten denne strategien brukes på. I følge de sistnevnte forfatterenes diskusjon har ideen om befolkningsdeltakelse i det forebyggende helsearbeidet ikke fått fotfeste som en rettighet, men utviklet seg mer eller mindre til et imperativ, eller en plikt. Begreper som befolkningsdeltakelse og lokal kontroll kan dermed gi et skinn av maktoverføring, mens de i realiteten tilslører det egentlige autoritetsforholdet (Andrews, 1999:76).

Idégrunnet ved empowerment-strategien, og styrken ved den er at den er basert på et demokratisk idégrunnlag. Individuer blir betraktet som frie aktører som er i stand til å ta egne beslutninger, hvor det er for fagpersoner å tilrettelegge for aktørenes krav og behov.

Personer som over lengre tid befinner seg i marginaliserte og/eller spesielt krevende situasjoner, og som opplever maktesløshet og mangel på kontroll over egen livssituasjon, er mer utsatt for sykdom. Empowerment retter seg mot denne mangel på kontroll ved å fremme deltakelse i aktiviteter i lokalsamfunnet, styrke følelsen av tilhørighet i lokalsamfunnet og i sosiale nettverk, og ved å fremme en tro hos folk på at de kan kontrollere sin verden. På denne måten vil empowerment også lede til sosial og miljømessig endring. (NOU 1998:18 s.189).

Sentralt for Kultur gir helse-satsingen var å henvende seg til ulike målgrupper som på en eller annen måte falt utenfor det tradisjonelle kulturtilbudet. Gjennom et tilrettelagt kulturtilbud skulle disse målgruppene få tilført en ny dimensjon som var ment å ha en positiv effekt. Ved at satsingen henvendte seg til grupper som faller utenfor, vil det si at de henvendte seg til grupper som befant seg i en marginalisert situasjon. Utover det faktum at målgruppen skulle få et tilrettelagt tilbud, var det fra sentralt hold et delmål at målgruppen også skulle medvirke i planlegging og utforming av tilbudene. Å få delta i beslutningsprosesser angående egen aktivitet, kan betraktes som et skritt på veien til å fremme en tro hos aktørene at de kan kontrollere sin egen verden.

Empowerment har i liten grad vært brukt som strategi og arbeidsmetode i Norge. Elementer i strategien har nok vært brukt av mange yrkesgrupper i deres daglige arbeid (for eksempel sosialarbeidere, helsearbeidere, i prosjektarbeid m.v.), men det har vært lite oppmerksomhet mot denne arbeidsmetoden (NOU 1998:18). Til tross for det kan en betrakt brukervedvirkning i Bygdøy-Frogner bydel i et empowerment-perspektiv. Begrepet betydning og bydelens ønske om å trekke brukerne med i delprosjektene har sammenfallende trekk.

3.4.1 Brukervedvirkning i ulike perspektiver

En annen måte å betrakte samhandlingen mellom bruker og tjenesteyter er å se på begrepet brukervedvirkning. Begrepet brukervedvirkning henspiller på en relasjon mellom to parter, på den ene siden hjelpeapparatet som sørger for tjenesten eller tiltaket, og på den andre siden brukerne av tjenesten/tiltaket. Både begrepet og tankegangen rundt brukervedvirkning har vært sterkt økende i de siste 20 årene, samtidig som det har fått en endret betydning. Innholdet av begrepet har skiftet karakter hvor vedvirkning har blitt vektlagt til fordel for medbestemmelse. Vekten er også flyttet fra konflikt og interessenmotsetninger til samarbeid og felles interesser (Baklien 1995:32).

Med utgangspunkt i helsearbeidernes ståsted var den tradisjonelle tilnærmingen til brukerne et klientperspektiv. Perspektivet bygger på en forutsetning om at det er tjenesteyterne (den profesjonelle) som best vet hvilke behov klienten har. Brukervedvirkning blir her betraktet som et middel for å oppnå bedre behandling eller omsorg.

Et nyere perspektiv er konsumentperspektivet, hvor brukeren er en "kunde" som selv skal definere sine behov. Her skal potensielle brukeres ønske være rådene, som er en parallell til forbrukerrettigheter innen privat sektor. For å kunne dekke sine behov må brukerne ha full oversikt over tilbudene og hvilke muligheter de rommer. Dette anses imidlertid som en svakhet da brukerne ofte velger det som er kjent og kjært, og ikke prøver ut nye og ukjente tilbud. Styrken ved konsumentperspektivet er at det fokuserer på at brukerne har egne interesser som bør hevdes i forhold til produsentene/tjenesteyterne.

Et tredje alternativ er medarbeiderperspektivet som bygger på en harmonimodell. Det sentrale her er å lytte til brukerne og ta dem på alvor, brukernes egne ressurser og mestringsevne skal stå

i fokus. En svakhet ved dette perspektivet er at de mer ressurssterke brukerne som bedre klarer å artikulere sine behov og ønsker kan lett bli favorisert (Baklien og Carlsson 2000:113).

4 Den nasjonale kontekst

Ved å se på to begreper som har vært sentrale i de siste tiårene, desentralisering og nærmiljøarbeid, vil jeg sette Kultur gir helse-prosjektet inn i en større ramme. Kapitlet tar utgangspunkt i nasjonale trender som kan spores, og som har gitt effekter på lokalt nivå. Dette gjør jeg for å vise at desentralisering har ført til en snuoperasjon hvor blant annet nærmiljøarbeid har blitt en form for både kommuner og bydeler å arbeide etter, som også legger føringer på deres arbeid. Tankegangen om et tettere lokalmiljø med fellesskapsfølelse har erstattet etterkrigstidens individorienterte hjelpetiltak (Røiseland m.fl. 1999). Kultur gir helse er et eksempel på denne tankegangen hvor ressursene var rettet mot grupper for å danne en fellesskapsfølelse, og ikke mot et og et individ i målgruppen.

4.1 Desentralisering – sentral trend med lokale effekter

Desentralisering i denne sammenhengen betyr at ansvaret for å planlegge og drive helsetiltak blir overført til lavere forvaltningsnivåer, fra stat til fylker og fra fylker til kommuner. Denne prosessen fra det statlige til det kommunale nivå var delvis et resultat av den kritikken av velferdsstaten som preget slutten av 60-tallet og begynnelsen av 70-tallet (Kuhnle og Solheim 1991). Gjennom oppbyggingen av velferdsstaten var man opptatt av å utjevne ulikhet i levekår mellom klasser og grupper. På 70-tallet var denne politikken i ferd med å bli realisert. Nasjonale velferds mål var formulert og staten var den sentrale aktør. For å møte nye krav, som integrering av nye klientgrupper, ble desentralisering iverksatt. Likhet ble nå forstått som likhet mellom individer til full integrering i et alminnelig fellesskap (Seip 1991). Denne utviklingen har ført til en endring og utvikling av kommunenes virkefelt slik at pålagte oppgaver har økt. Kommunen har overtatt ansvaret for store deler av helsetjenesten, eldreomsorgen og omsorgen for psykisk utviklingshemmede.

Primærhelsetjenesten vokste bitvis fram inntil den fikk en samlet form etter at kommuneloven begynte å virke i 1984. På 1960-tallet ble eldreomsorgen gjenstand for en systematisk velferdspolitik og utviklet seg gradvis fram til 1988. Da ble sykehjemmene tilbakeført til kommunen, og en ny og samlet struktur oppstod innen eldreomsorgen. Omsorgen for psykisk utviklingshemmede har gjennomgått flere endringsprosesser. I perioden fra 1950 til 1991 var den betalt av staten, men utviklet og drevet av frivillige organisasjoner. I tidsrommet 1970-1991 var den integrert i det fylkeskommunale helsevesen, sammen med sykehus og sykehjem. I 1991 ble omsorg for psykiske utviklingshemmede et kommunalt ansvar (Hatland m. fl. 1994:107-108).

I Oslo kommune førte desentraliseringsprosessen til en oppdeling i bydeler. I 1984 vedtok bystyret opprettelse av fire prøvebydelsforvaltninger, som fikk ansvaret for sosiale tjenester, helsetjenester og administrative funksjoner. På bakgrunn av erfaring fra disse prøveprosjektene ble det i 1987 vedtatt å desentralisere store deler av helse- og sosialtjenesten til bydelene, og i 1988 ble bydelsreformen iverksatt. Byen ble delt inn i 25 bydeler hvor hver bydel består av folkevalgte organer, bydelsutvalg og underutvalg og egen bydelsadministrasjon. Bydelsutvalget skal innen de rammer som er trukket opp av bystyret og byrådet, ha det overordnede tilsyn og

kontroll med bydelsadministrasjonen i de spørsmål som er deligert i bydelen. Oppgaver som bydelene i dag er ansvarlige for er blant annet helse- og sosialtjenesten, barnevernet, institusjoner for eldre, flyktninger og psykisk funksjonshemmede. Bydelsreformen skulle skape nye forutsetninger for lokaldemokratiet både gjennom politisk innflytelse og en bedre medvirkning fra lokalbefolkningen og frivillige organisasjoner (Nørve og Sæter 1996:17).

Det som har preget 80-tallet var, som tidligere nevnt, overføringer av store oppgaver til kommunene. Kommunenes virkefelt har blitt utvidet, noe som har ført til en innsnevring av kommunenes handlefrihet. Andelen av lovpålagte oppgaver øker på bekostning av kommunens muligheter for å ta opp oppgaver på "frivillig", selvbestemt basis. De lovbestemte er utført på vegne av staten, og de ønskede og selvbestemte har sitt utgangspunkt i lokale behov, ønsker og initiativ. Nå er ikke dette skillet svart-hvitt. Noen oppgaver er kommunene pålagt å gjøre, men hvordan oppgaven blir løst er opp til den enkelte kommune å bestemme. Ved mer ønskede oppgaver må kommunene i noen tilfeller bære alle kostnadene ved initiativet selv, mens med andre oppgaver har staten støttet opp under og styrket arbeidet gjennom tilskuddsordninger.

Desentraliseringsreformen har med andre ord påvirket den konteksten kommuner og bydeler skal handle innenfor. Nedenfor vil jeg se på hvilken betydning reformen har hatt for Bygdøy-Frogner bydel.

Et stort dilemma både kommuner og bydeler sitter igjen med i dag etter den desentraliseringsprosessen som har blitt gjennomført, er den stadige økende mengden av oppgaver samtidig som budsjettene ikke øker i samme takt. Dermed blir det i første rekke de lovpålagte oppgavene som blir prioritert, der etter kommer de oppgaver som kanskje er mer rettet inn mot uløste lokale behov.

Når et prosjekt eller oppgave blir valgt ut fra interesse og ønske, som Kultur gir helse er et eksempel på, må det "kjempe" om oppmerksomheten i forhold til de lovpålagte oppgavene kommunene har i dag. Kultur gir helse skulle knytte to sektorer sammen, og i den prosessen måtte de ta hensyn til allerede eksisterende oppgaver som var deligert til lokalt nivå. Innen helsesektoren er det mange og store oppgaver som skal gjennomføres, oppgaver som binder mye av bydelens ressurser.

Når det gjelder kultursektoren stiller det seg annerledes for bydelen da kultur ikke er desentralisert i Oslo by. Bydelen har ikke ansvaret for kultur, det er Oslo rådhus sentralt ved Byrådsavdelingen for kultur og utdanning. Bydelen blir bystyret forlengende arm hvor bydelen ikke har noe selvstyre eller autonomi, de fører allerede skisserte linjer fra bystyrets side. Bydelen har ansvaret for nærmiljøet. Nå er ikke grensene svart-hvitt her heller i og med bystyret bevilger kultur og frivillighetsmidler som bydelen står fritt i å bruke.

Det som er interessant her er bydelens oppdeling i avdelinger og deres oppgaver som er et resultat av desentraliseringsprosessen. Bydelen var oppdelt i fire avdelinger, disse var: 1) Helse og miljø, 2) Pleie, rehabilitering og omsorg, 3) Barn og ungdom og 4) Nærmiljø og sosiale tjenester.

Alle disse fire avdelingene har oppgaver knyttet til helse og omsorg. Ingen av avdelingene hadde imidlertid et eget tjenestested eller egen underavdeling knyttet til seg som var ansvarlig for kultur. Kultur gir helse-prosjektet ble underlagt avdeling for nærmiljø og sosiale tjenester, som er den avdelingen som er mest rettet mot nærmiljøoppgaver. Blant annet er bydelens frivillighetssentral og opplysningstjenesten knyttet til denne avdelingen. Begge disse har en bindeleddsfunksjon mellom beboerne og bydelsforvaltningen.

Desentraliseringen har med andre ord skapt en kontekst i bydelen som er preget av en økt ansvarsmengde relatert til helse- og omsorgsarbeid. I denne prosessen har det oppstått et misforhold mellom kultur og helsesektoren, hvor samtlige avdelinger har ansvar for helserelaterte oppgaver, mens kultur er mer løselig knyttet til en avdeling.

I en slik kontekst hvor bydelen var ”tung” på helse og ”lett” på kultur og hvor prosjektet var knyttet til en ”nærmiljøorientert” avdeling, skulle Kultur gir helse implementeres.

Denne politiske prosessen har skapt forhold i **rammebetingelsene** for prosjektet. Den gamle organisasjonsstrukturen, bydelsorganisasjonen, er organisasjonsmessig påvirket av denne utviklingen. Innbakt i denne strukturen er det fysiske, sosiale og kulturelle ressurser som blir brakt videre til prosjektet, blant annet vil de ha påvirkning for mulighetsstrukturen og motivasjonsgrunnlaget (Martinusen 1984) for samhandlingen i prosjektet. Mulighetsstrukturen viser til de forholdene som styrer mulighetene for samhandling, og motiveringsgrunnlag viser til de ytre faktorene som fremmer eller begrenser motivasjonen for fortsatt samhandling innenfor et sosialt system.

Ved at bydelens ressurser i stor grad er bundet opp mot helserelaterte oppgaver vil det fysiske rom hvor Kultur gir helse-prosjektet skulle gjennomføres i være påvirket av dette. Det å skaffe lokaler hvor de ulike delprosjektene kunne arrangeres i var et av problemene prosjektledelsen stod overfor. Bydelen har få lokaler som har vært passende for prosjektets formål til disposisjon. Dette er imidlertid et element som har bedret seg utover i prosjektperioden.

Med mange oppgaver som retter seg mot helse- og sosialtjenester påvirker dette også sammensetningen av yrkesgrupper i bydelen. Med flere ansatte med en helse- og omsorgsrelatert bakgrunn påvirker dette tankegangen blant de ansatte. Både faglig bakgrunn og type stilling en har vil være formgivende for de sosiale og kulturelle ressursene som medarbeideren i bydelen innehar. Hvorvidt en er positiv til å prøve noe nytt eller finner det krevende er med å på å påvirke betingelsene for den samhandlingen programmålene la opp til.

4.2 Nærmiljøarbeid

Ovenfor viste jeg at nærmiljø var et av bydelens ansvarsområder. Nærmiljøarbeid dekker flere områder alt etter hva man legger i begrepet miljø. Begrepet omfatter både fysiske og sosiale forhold. I St. meld. nr 16 (1979-80):4 blir det fysiske nærmiljøet betegnet som samspillet mellom mennesker og deres fysiske omgivelser. Den sosiale delen av begrepet omfatter samspillet mennesker i mellom. Nærmiljøet skapes da gjennom beboernes samvær og fellesskap gjennom ulike former for samhandling og kommunikasjon. Begrepet nærmiljø gir assosiasjoner til det nære, varme, lille, i motsetning til noe annet og fjernere som er preget av motsatte kvaliteter (Gullestad 1986:48).

Dette å skulle komme tilbake til det nære og personlige hvor tjensteproduksjonen blir flyttet nærmere brukeren er en trend som preget politikken fra 70-tallet av. På slutten av 70-tallet ville regjeringen legge opp til en mer samlet nærmiljøpolitikk. Allerede da ble det påpekt at aktivisering av beboerne gir mulighet for deltakelse og større innflytelse over egne levekår. Ved den støtten et godt nærmiljø kunne yte, og det aktivitetstilbud det kunne gi ulike aldersgrupper, ville det kunne bidra til å forebygge sosiale problemer (St. meld. nr. 16 (1979-80):4). Viktige mål var at det var et tilfredsstillende tilbud av offentlig og privat tjenesteyting, forsamlingslokaler og kulturaktiviteter. For å nå målsetningen var det viktig å satse helhetlig. Tiltak i ulike sektorer skulle koordineres gjennom felles grunnlag og mål.

For å bedre nærmiljøet på 80-tallet skulle det satses på ulike områder, og nok en gang skulle det satses mer helhetlig. Viktige ledd i dette arbeidet var en bedre samordnet kommunal planlegging for nye og bestående områder, større grad av medvirkning fra befolkningen ved samråd i lokalplanleggingen, og en styrking av lokalsamfunnet ved at beboerne selv påtar seg flere oppgaver og blir mer aktiv i sitt nærmiljø. Det som i større grad blir poengtert på 80-tallet i forhold til 70-tallet er planleggingsfasen. Planleggingen skulle i større grad rettes inn mot helheten og allsidigheten i lokalsamfunnet. Befolkningen skulle også få en reell mulighet til å påvirke planleggingen og beslutninger som gjelder nærmiljøet. Dette var viktig siden det er

NIBR-notat 2001:114”

befolkningen som opplever lokalsamfunnet som en samlet enhet og best kan vurdere det som ramme for det daglige liv. Medvirkning fra befolkningen ville også kunne gi de folkevalgte bedre beslutningsgrunnlag i saker som berører lokalsamfunnet (St. meld. nr. 16 (1979-80):51).

På 80-tallet, nærmere bestemt fra 1982 til 1990, ble en rekke nærmiljøforsøk støttet av Statens Nærmiljøutvalg (SNU). Fellestrekk ved disse var samarbeid: samarbeid mellom beboere for å få til fellestiltak i et område, samarbeidstiltak mellom kommunale etater og lokale organisasjoner, og samarbeid på tvers av sektorene innenfor et avgrenset område innen for en kommune. Utgangspunktet for nærmiljøprosjektene var behov, ressurser, problemer og uløste oppgaver innenfor et begrenset geografisk område i en kommune. Det prosjektene i liten grad dreide seg om var om miljø i betydning forvaltning og bevaring av naturressurser eller tiltak mot lokal forurensing. Hovedfokus var miljø som de nære fysiske og sosiale omgivelser med utgangspunkt i individ, bolig og lokale møtesteder. ”Prosjektene har mer generelt hatt som siktemål å styrke sosiale nettverk, fremme sosial samhandling og utvikle lokale organisasjoner på et underkommunalt nivå” (Kaarhus 1991:VII).

Nærmiljøbegrepet blir her delt opp i tre kategorier: Nærmiljø som begrep, som symbol og som idé som kan mobilisere innsats (det sosiale nærmiljø), nærmiljø som geografisk område og som ramme for lokale aktiviteter (det fysiske nærmiljø) og nærmiljø som politisk satsningsområde.

I denne tiårsperioden fra 1980 til 1990 ble det satset mye på nærmiljøarbeid i offentlig regi, noe som blant annet avspeiler seg i offentlige rapporter hvor temaet er tatt opp¹. Her har en gjennomgangstone vært at nærmiljøet bør styrkes i alle de tre overfornevnte kategoriene. Det sosiale nærmiljø med nettverk av familie og venner har blitt betraktet som et område som forvitres og bør bygges opp igjen, det lokale nærmiljø bør tilrettelegges etter beboerens og brukerens behov. Og som vist har nærmiljøet vært og er et politisk satsningsområde. En slik satsing skal bygge opp under den politiske bekymring rundt de bymessige nærmiljøer – en bekymring som bygger på at nærmiljøene i bystrøk er inne i en etisk –normativ krise (Pløger 1997a:198).

Å styrke nærmiljøet er ikke bare en norsk trend. Verdens helseorganisasjon (WHO) utformet i 1986, på en konferanse i Ottawa, strategiene for det helsefremmende arbeidet. I sluttdokumentet, Ottawa-charteret, ble fem hovedstrategier for satsing innen offentlig politikk, miljø, lokalsamfunn og individer presentert, hvor lokalmiljøet som handlende aktør og styrking av personlige ferdigheter var sentrale målsetninger. Disse målsetningene ble i forhold til tradisjonell helsepolitisk tenkning betraktet som grenseoverskridende. ”I Ottawa-charteret ble det lagt særskilt vekt på lokalsamfunnet som arena for kollektive tiltak innen det helsefremmende og forebyggende arbeidet” (Røiseland 1999:16). Gjennom lokal mobilisering skulle lokalsamfunnets evne til å gripe tak i lokale helsesrelaterede problemer styrkes, og eierforholdet til slike prosjekter og tiltak skulle overføres til lokalsamfunnet. Ideologien som ligger til grunn for Ottawa-charteret har klare paralleller til desentraliseringen og økt selvbestemmelse som Norge gjennomgikk på 80-tallet.

Den samfunnsorienterte delen av Ottawa-charteret blir av norske helsemyndigheter stort sett oppfattet som en nærmiljøideologi: Utvikling av bedre nærmiljøer skal gi folk et bedre liv og hjelpe dem til å foreta ”helsefremmende valg”. Frivillige organisasjoner og andre sivile organ på lokal samfunnsnivå blir betraktet som et positivt bidrag til dette. I norsk politikk om helsefremmende og forebyggende arbeid gjenspeiles dermed WHO's globale strategier, og

¹ I løpet av denne 10-års perioden har nærmiljøarbeidet blitt rapportert i flere Stortingsmeldinger, bl.a. St.prp. nr. 1 (1983-84) Miljøverndepartementet, St.meld. nr. 83(1984-85) Langtidsprogrammet 1986-89, St.meld. nr. 4 (1987-88) Perspektiver og reformer i den offentlige politikken, St.meld. nr. 29 (1988-89) Politikk for regional utvikling, St.meld nr. 4 (1988-89) Langtidsprogrammet for 1990-93 og i St.meld. nr 11 (1990-91) Om storbyens økonomiske situasjon mv. (St.meld. nr 29 (1992-93):11).

lokalsamfunnet betraktes som en arena for handling og realisering av overnasjonale målsetninger. (Røiseland 1999:17).

Også i NOU 1998:18 er det henvisninger til Ottawa-charteret hvor de fem hovedstrategiene blir fremhevet som grunnleggende forutsetninger for å lykkes i folkehelsearbeidet. Styrking av nærmiljø og lokalsamfunn er et tilbakevendende tema innen norsk helsepolitikk.

Ved å gå tilbake til de sentrale intensjonene med Kultur gir helse-prosjektet ser vi at samarbeid og samhandling var sentrale elementer i satsingen. For det første var samhandling med brukerne av prosjektet et delmål, brukerne skulle trekkes tidlig med i arbeidet helst fra planleggingsstadiet av. Brukerne skulle påvirke og forme tilbudene slik at de størst mulig grad var hensiktsmessig i forhold til deres behov. For det andre skulle satsingen bidra til økt tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid. I et slikt samarbeid skulle det også gjøres plass for frivillige organisasjoner og ildsjeler slik at samarbeidet ikke bare skulle være en intern byråkratisk-organisatorisk endring, men også et samarbeid mellom frivillig og offentlig sektor.

I en slik kontekst hvor bydelen er ansvarlig for nærmiljøet, og hvor intensjonen med Kultur gir helse-prosjektet er i tråd med utviklingen av oppgaver knyttet til nærmiljøet, kan en betrakte hele Kultur gir helse-satsingen som en del av den statlige nærmiljøsatsingen.

Satsingen med å styrke nærmiljøene er med andre ord en intensjon sentrale myndigheter har arbeidet mot de siste tiår. Dette legger føringer på bydelens arbeid, noe som skulle føre til en økt fokusering på nærmiljøet i bydelen. Spesielt innen helsefremmende og forebyggende arbeid. Parallelt skulle tjenesteyteren bli mer vår overfor beboernes behov og ønsker. Med andre ord skulle satsingen på nærmiljøene føre til en endret tankegang hos de ansatte, en tankegang hvor bydelens beboere skulle få en mer deltakende rolle, og i større grad selv foreta "helsefremmende valg".

I hvilken grad bydelen har arbeidet mot en tettere kobling mellom beboere og bydelsforvaltningen i helsefremmende arbeid, påvirker de ansattes arbeidsmetoder. Om de er vant til å la brukerne få en medvirkning i beslutningsprosessene, eller om arbeidet er mer preget av å få arbeidsoppgavene gjort, vil si noe om den arbeidskulturen som er i bydelen. Dette vil igjen påvirke Kultur gir helse-prosjektet i hvor stor grad de klarer å trekke brukerne med inn i planlegging og drift av de ulike delprosjektene. Med andre ord kan fokuseringen på og arbeidet mot et tettere nærmiljø ha påvirket de kulturelle og sosiale ressursene som preger arbeidet i bydelen. Motivasjonsgrunnlaget for samhandling med beboerne i bydelen er blant annet avhengig av om det er en nærmiljøpolitikk som har dannet noen normer for hvordan beboerne skal kunne trekkes med inn i planlegging og drift. Og om det er en kunnskapsproduksjon på området som kan kanaliseres inn i prosjektet. Er det allerede opparbeidet en god kommunikasjon mellom beboerne i bydelen og de ansatte i bydelsforvaltningen, vil intensjonen om brukermedvirkning ha et godt motivasjonsgrunnlag. Er brukermedvirkning noe som bydelen ikke har nevneverdig kunnskap og normer om kan intensjonene om brukermedvirkningen være vanskeligere å oppnå.

4.3 Oppsummering

Situasjonene norske kommuner og bydeler befinner seg i dag er preget av flere ulike politiske prosesser. Disse prosessene har gitt et handlingsrom ansatte i offentlig virksomhet må forholde seg til.

Desentraliseringen er en prosess som har ført til ansvarsoverføring av oppgaver innenfor helsesektorene til kommunalt nivå. Kommunene har overtatt ansvaret for store deler av helsetjenesten, eldreomsorgen og omsorg for psykisk utviklingshemmede. Resultatet er at kommunen binder store ressursmengder opp mot helsesektorens uløste og pålagte oppgaver.

For Bygdøy-Frogner bydel har utviklingen betydd en økt fokusering på helse- og omsorgsrelaterte oppgaver mens lokale behov har i større grad blitt et offer av stramme budsjettammer. Disse forholdene har påvirket den virkelighet og den organisasjonsstruktur som prosjektet skulle implementeres i. Blant annet er yrkessammensetningen preget av å skulle løse oppgaver innen helse- og omsorgssektoren. Faglig bakgrunn og stillingstype er begge to faktorer som påvirker tankegangen og handlingsmønstrene hos den ansatte. For noen ansatte vil en slik preget tankegang og handlingsmønster være en hemmende faktor for et eventuelt nytt samarbeid på tvers av sektorgrensene og med brukergruppene. For andre vil det virke motiverende å samhandle med eventuelt nye aktører.

Parallelt med desentraliseringen har det vært en trend i tiden at vi setter større fokus på nærmiljøarbeid. Nærmiljøene skal styrkes og stimuleres til fordel for beboerne. Det sosiale nærmiljø med nettverk av familie og venner har blitt betraktet som et område som forvitres og bør bygges opp igjen, det lokale nærmiljøet bør tilrettelegges etter beboernes og brukernes behov.

Ved å drive en bevist nærmiljøpolitikk skulle det danne en felles arena for beboerne og ansatte i en beslutningsfase hvor beboerne skulle påta seg flere oppgaver og bli mer aktive i sitt nærmiljø. Blir det dannet en slik arena fremmer det mulighetene for samhandling med beboere og ulike brukergrupper.

Er en slik arena dannet i et mønster er det en faktor som fremmer samhandlingen. Aktørene opparbeider en felles forståelse ved å delta på samme arena,

Desentraliseringsreformen har ført til at kommuner og lokalmiljøene får et stadig større ansvar for samfunnsutviklingen, og nærmiljøene blir en hovedarena for utvikling av bedre folkehelse, større kulturelt mangfold, og økt trivsel og trygghet.

Disse prosessene har skapt trender som kan spores tilbake til den nasjonale satsingen på kultur og helse. I neste kapittel vil jeg på hvordan begrepene kultur og helse har blitt tolket og anvendt.

5 Intensjoner og mål sentralt

”Et godt og allsidig kulturtilbud i en kommune er nærmest å regne som en forutsetning for god helse hos befolkningen” (Med helse i hånden:8). Dette er en av hovedtesene som ligger til grunn for satsingen. Kultur oppfattes med andre ord å være en stimulerende faktor for å bedre helsen.

Generelt var det fra Sosial- og helsedepartementet og Norsk kulturråd gitt vide rammer for hva prosjektet skulle medføre. De enkelte prosjektkommuner hadde stor frihet i å tilpasse og utforme prosjektet til de lokale behov. Med andre ord stod de fritt i forhold til hvordan de rent konkret har måtte ønske å utforme prosjektet.

Intensjonene er prøvd konkretisert gjennom følgende delmål:

Kulturelle virkemiddel og helse: Norsk kulturråd ville gjennom forsøksprosjektet prøve ut lokale og regionale tiltak og modeller som setter søkelyset på samspillet mellom kulturaktiviteter og helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende tiltak.

Tverrsektoriell planlegging: å finne frem til ny og godt redskap som kan bygge bro mellom ulike sektorer og føre fram til tverrfaglige og politiske målsetninger og vedtak i kommunen innenfor en kultur- og helsesatsing.

Målgrupper og brukerperspektiv: å gi økt tilgjengelighet og mulighet for deltakelse i kulturelle aktiviteter og opplevelser for målgrupper som i dag faller utenfor eller som av ulike årsaker er utestengt fra dette. Kulturrådet ønsket å høste erfaring med tiltak og tilbud som blir tilrettelagte for ulike brukergrupper, ut fra de prioriteringene som den enkelte deltakerkommunene legger til grunn. Det var viktig at aktuelle brukergrupper ble trukket inn i arbeidet allerede i planleggingsprosessen.

Formidling av erfaring: den erfaring som ble akkumulert skulle bidra til økt kunnskap om sammenhengen mellom kultur og forebyggende helsearbeid. Dette skulle være et hjelpemiddel for politiske organ ved eventuelle fremtidige endringer av rammebetingelsene av forebyggende og helsefremmende arbeid.

(Invitasjon til å delta i forsøksprosjektet ”Kultur og helse”).

Disse delmålene er lite konkrete og operasjonaliserbare. Det er mer retningslinjer for hvordan og hva deltakerkommunen skal rette innsatsen mot. Både brukermedvirkning og tverrsektoriell satsing sier ikke noe om hvordan og hvilke kulturtilbud som bør iverksettes, ei heller blir brukergruppen konkretisert. Generelt kan en si at Kulturrådet hadde store visjoner om hva en slik satsing skulle resultere i. Andre dokumenter, programformuleringer og strategiplaner viser til et satsingsområde med høye idealer, men med få konkrete forslag til hvordan de lokale prosjektene skal utformes og tilrettelegges.

Ved definisjon av kulturbegrepet og helsebegrepet har de også hatt frie rammer. Hva som menes med kultur, kulturaktiviteter og kulturell virksomhet var opp til den enkelte deltakerkommune å avgjøre. Tilsvarende var gjeldene for helsebegrepet, hvilket innhold det skulle ha var en definisjonssak for deltakerne.

5.1 Kultur som begrep, og den instrumentelle kulturpolitikken

Kulturbegrepet er mangetydig og elastisk, noe som fører til at det er vanskelig å avgrense og definere. Hvordan begrepet blir avgrenset er avhengig av konteksten, i hvilken forbindelse kultur blir brukt. I denne satsingen har kultur en dobbeltrolle hvor det ikke bare skal være en verdi i seg selv, men også et middel for å oppnå en annen verdi, helse. Kultur blir med andre ord betraktet instrumentelt. Kulturtiltak skal være et instrument for å nå mål innen et annet felt enn det tradisjonelle kulturfeltet og kobler to adskilte felt, kultur og helse. Denne koblingen er et resultat av at det ligger en forventning i begrepet, en forventning om at ”mennesker som deltar i kulturelle aktiviteter får økt livskvalitet, bedre muligheter til å mestre hverdagen og dermed bedre helse” (Med helse i hånden: 1). Gjennom kulturen skal relasjoner bygges og målgruppen skal få en ny dimensjon inn i livet som skal ha en forebyggende effekt.

Norsk kulturråd har ikke gitt noen klar og entydig definisjon av kulturbegrepet i denne satsingen.

Kultur spenner over eit vidt register av menneskeleg oppleving, utfalding og aktivitet, og rører ved både kropp og sjel, intellekt og kjensleliv. Kultur dreiar seg såleis om heile mennesket, og rettar merksemda mot menneska sine positive ressurar. Deltaking i meiningsfylte kulturaktivitetar medverkar til å auke livskvalitet og motivasjon, kompetanse og interesser. ²

Ut i fra en slik beskrivelse kan en si at alt er kultur så lenge det berører mennesket. Med et ord med så mange betydninger, er en måte å skape en forståelse for begrepet på, å dele det inn i ulike betydninger. Mangset (1992:17 ff) deler kultur opp i tre hovedtyper av betydninger, som også har ulike formål og bruksområder.

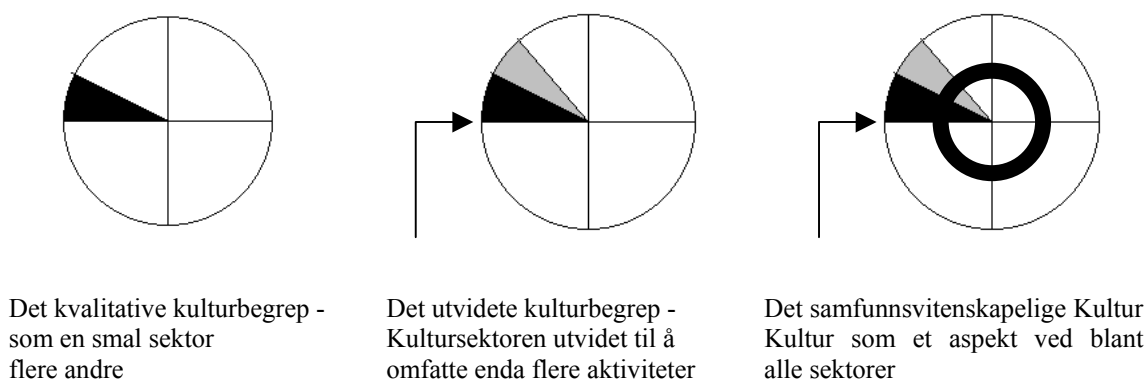
- **Det kvalitative, verdiorienterte eller humanistiske kulturbegrep.** Det avspeiler seg i dagligtalens omtale av kultur, og forutsetter at det finnes en kulturell verdimålestokk som gjør det mulig å skille mellom kulturelt høyverdige ytringer, produkter og ideer, og kulturelt mindreverdige ytringer, produkter og ideer. Et formål her er å gi veiledning om kulturelle verdier.
- **Det samfunnsvitenskapelige, kulturelle eller beskrivende kulturbegrepet,** hvor formålet er å beskrive og forklare kulturelle variasjoner. Ideer, normer og verdier i ulike samfunn må forstås på disse samfunnenes egne premisser, ikke ut i fra noen utenforstående kvalitativ målestokk. En slik forståelse av begrepet kan være et redskap for en vitenskapelig analyse.
- **Det utvidete eller kulturpolitiske kulturbegrep,** som rommer i tillegg til teatergang og museumsbesøk, også fritidsaktiviteter med tradisjonelt lavere status som foreningsaktiviteter, amatøraktiviteter og idrett. Her ble sektoren for idrett og amatørvirksomhet slått sammen med den profesjonelle sektor. Selv om mange forestilte seg at det utvidete kulturbegrep skulle være noe mer enn en administrativ utvidelse av sektoren, har det stort sett blitt brukt til å avgrense en forvaltningssektor.
- Oppdeling av kulturbegrepet kan også illustreres gjennom en **sektor- og aspekttankegang** (Klausen 1992). Innen **sektortankegangen** blir samfunnet betraktet som en sirkel oppdelt i sektorer. Kultursektoren i betydning billedkunst, musikk, litteratur, teater osv. er en sektor målt i størrelseorden med de bevilgninger som gis fra det offentlige. Hvor stor denne sektoren skal være, er avhengig av hvilket kulturpolitisk begrep som ligger til grunn. Blir kultursektoren betraktet som det kvalitative/verdiorienterte kulturbegrepet, består det av en relativt liten sektor i samfunnet. Blir det utvidete kulturbegrepet lagt til grunn, vil sektoren

² Kilde: Invitasjon til å delta i forsøksprosjektet ”Kultur og helse”. Skriv fra Norsk kulturråd, datert 30.04.96.
NIBR-notat 2001:114

bli utvidet til også å gjelde idrett og amatører i tillegg til det kvalitative/verdiorienterte kulturbegrepet.

- Tar en derimot utgangspunkt i det samfunnsvitenskapelige begrepet bygger det på en **aspektmodell**, der kulturen er et aspekt ved alle samfunnsmessige aktiviteter.
- Forskjellen mellom sektor og aspekt kan illustreres i følgende modell.

Figur 5.1 *Sektormodellen og aspektmodellen (gjengitt fra Klausen 1992:30)*



Historisk sett har kulturpolitikken gjennomgått endringer på lik linje med andre politiske felt i samfunnet. Hvilket kulturpolitisk begrep som har vært det dominerende i Norge har endret seg med opp gjennom årene. Som på de fleste andre områder måtte også kulturpolitikken revitaliseres etter 2. verdenskrig. Det sentrale i etterkrigstiden kulturpolitikk var en demokratisering av kulturen, elitekulturen skulle spres til alle grupper av folket uavhengig av bosted og klasse. (Mangset 1992). På 60-tallet var det fremdeles det kvalitative kulturbegrepet som var det sentrale i den offentlige kulturpolitikken. Hovedmålet for kulturdepartementet var å formidle den enhetlige høykulturen til så mange som mulig (Duelund 1992).

En slik tenkning rundt kulturen viste seg å slå feil, det kom ingen sterk tilstrømming av nye ”kulturfremmende ” sosiale grupper til teaterforestillingerne, kunstutstillingene og konsertene. (Mangset 1992). På 70-tallet var det en endring i kulturpolitikken. Sentrale stikkord var det utvidete kulturbegrep, desentralisering av kulturpolitiske beslutninger og kulturell egenaktivitet. 70-tallets kulturpolitikk i Norge var preget av en dreining fra det høykulturelle, det nasjonale og det sentrale til det sosiokulturelle og det regionale. På 80-tallet ble det bygget opp en offentlig kulturforvaltning som skulle iverksette den nye kulturpolitikken på regionalt og lokalt nivå. Kommuner og fylkeskommuner fikk større rom til egeninitiativ gjennom det desentraliserte budsjettansvar som ble innført dette tiåret. 70-årene var perioden for ideologisk nyorientering, 80-årene var perioden for praktisk iverksetting (Vestheim 1995).

- Parallelt med denne utviklingen oppstod det Vestheim kaller et ”biprodukt av konjunkturskifte og dei trongare økonomiske vilkåra i 80-åra” (Vestheim 1995:208), den instrumentelle kulturpolitikken. Her var to aspekt gjeldene, for det første skulle kulturtiltak og kulturinvesteringer brukes som et middel for å oppnå mål på andre politikkområder enn kulturområdet. Og for det andre skulle kulturtiltak i større grad være selvfinansierende. Den instrumentelle kulturpolitikken var ikke bare et norsk fenomen, også den kulturpolitiske situasjonen i Danmark på 90-tallet har de samme tendenser. I perioden fra 60-tallet og frem til i dag har det i Danmark vært en forskyvning i den offentlige kulturpolitiske målsetning, fra en opplysningspolitisk til en sosialpolitisk og økonomisk målsetning. Blant annet ble kunsten målrasjonell med henblikk på å løse sosiale problemer (Duelund 1994:282).

Kultur har beveget seg fra å være et produkt i seg selv hvor det kvalitative kulturbegrepet lå til grunn i en sektormodell, til å bli et middel innenfor en aspektmodell hvor kultur har hatt en utvidet betydning.

Til sammenligning skulle denne nye satsingen initiert av Norsk kulturråd og Sosial- og helsedepartementet bruke kultur både for å nå et mål i en annen sektor og for å være grenseoverskridende. Det kulturelle skulle ikke stå i sentrum og være og virke for seg selv. Målet var som vi fant i kapittel 1.3 å fremme helsen gjennom kulturelle aktiviteter. Samtidig var det sentralt fra Norsk kulturråd sin side å sprengte sektorgrensene og arbeide på tvers av tradisjonelle faggrensene. Kultur får da en dobbel betydning hvor man i noen tilfeller legger både det kvalitative kulturbegrepet og det utvidete kulturbegrepet til grunn innen en sektortankegang, samtidig som kultur skal betraktes som et aspekt ved alle sektorene.

I Bygdøy-Frogner bydel var det viktig at kulturformidlingen skulle skje via profesjonelle utøvere. Kulturformidlerne ble i hovedsak engasjert utenfra og var kunstnere av yrke, enten visesangere, billedkunstnere og andre kulturelle grupper. Dette samsvare med Kulturrådet hvor det var et viktig element at det oppstod et samarbeid med profesjonelle kunstnere og kulturarbeidere (Baklien og Carlsson 2000). Det var et stort spenn av aktiviteter noe som umiddelbart leder hen til det utvidete kulturbegrepet hvor kultur blir forstått som en sektor blant flere. Dette skjer samtidig som et mål med satsingen er å arbeide på tvers av tradisjonelle sektorgrensene, å fremskaffe noen tverrsektorielle arbeidskonstellasjoner. Det samfunnsvitenskapelige kulturbegrepet blir derfor også et viktig element i satsingen. Hvordan kultur er blitt brukt i Bygdøy-Frogner bydel vil bli nærmere beskrevet i kapittel 5.3.

5.2 Helse – et elastisk begrep

Som vist var det sentrale å fremme helsen. Det første som springer en i øynene med et slikt mål er spørsmålet: hva er helse?

En god helse er for mange fravær av sykdom. Dette er en forståelse av helsebegrepet, og en slik beskrivelse vil bare fange opp hva noen mener god helse innebærer. Verden helseorganisasjon (WHO) sin definisjon av begrepet rommer ikke bare fravær av sykdom, men inkluderer også en total velvære: ”Helse er ikke bare fravær av sykdom, men en tilstand av fullstendig legemlig, psykisk og sosialt velvære” (Med helse i hånden:5). Med en slik definisjon er det ikke mange som kan sies å ha god helse her i landet etter professor Peter F. Hjørts og andres mening (Med helse i hånden).

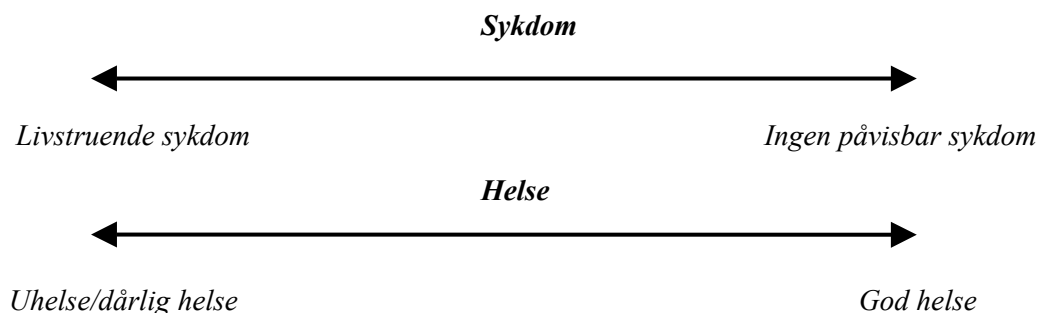
Det er flere måter en kan betrakte helse på. Tar en i betraktning det utvidete helsebegrepet (NOU 1991:10, NOU 1998:18), inkludere dette også forholdet til sosiale og økonomiske problemer. Helse blir betraktet som en kapital som minsker etter hvert som årene går og vi tærer på denne kapitalen. Når kapitalen er brukt opp dør vi. Hvor fort denne tappingen skal foregå kan en til en viss grad medvirke til selv. Ved sykdom, ulykker og sosiale problemer øker forbruket. Ved å fylle på med levekårsvariabler som økonomi, materiell standard, sosiale relasjoner, aktiviteter og tilrettelagt fysisk miljø, kan en forbedre ens situasjon, og helsekapitalen varer lenger. Dette gjør at helse kan variere fra person til person, og hvilke muligheter vi har til å oppnå en tilfredsstillende helse, både individuelt og kollektivt.

En annen måte å betrakte helsebegrepet på er å dele det opp i et negativt og et positivt helsebegrep (Med helse i hånden:4). I det negative helsebegrepet blir sykdom og helse plassert i samme kategori, og de blir betraktet som ytterpunkter på samme skala. Jo mer en nærmer seg ytterpunktet for helse, jo mindre er sykdom til stede. For å kunne plassere et menneske på en slik skala må det medisinske fagkunnskap til for å forstå om et menneske er syk eller ikke. Problemet med en slik oppfatning av helsebegrepet er en ensidig fokusering på mennesket.

Menneske som hel person, med sine ressurser og relasjoner kommer ikke til syne. Fokuset ligger ved mangler og sykdom hos personen.

Dette er i motsetning til det positive helsebegrepet hvor helse blir skapt av mange faktorer. Her danner sykdom og helse hver sin skala. På sykdomsskalaen blir livstruende sykdom og ingen påvisbar sykdom hver sitt ytterpunkt, og det motsatt av helse er uhelse eller dårlig helse. ”Uhelse er uttrykk for manglende muligheter og/eller evne til å mestre livets påkjenninger” (Med helse i hånden:4).

Figur 5.2 *Det positive helsebegrepet (gjengitt fra Med helse i hånden:5)*



Med en slik forståelse av begrepet kan en person med en sykdom eller en funksjonshemming ha en god helse. Her blir det å ha en god helse en subjektiv opplevelse. Det fokuseres ikke bare på en diagnose, men på flere områder i livet.

Både samfunnsmedisineren Per Fugelli og sosialantropologen Benedicte Ingstad prøver å finne ut hva folk selv legger i sunnhet, eller i god eller dårlig helse. De foreløpige resultatene tyder på at faktorer som sosial trygghet, familie og nettverk, arbeid, miljø, kultur osv. er viktig for om man mener at man har god helse (Sluttrapport).

For Bygdøy-Frogner bydel har det vært sentralt at det positive helsebegrepet stod i fokus gjennom hele satsingen. Hvilken forståelse av helsebegrepet bydelen har hatt som utgangspunkt for satsingen, influerte både hvem som kan arbeide med helsefremmende tiltak, og hvilket syn en har på brukergruppen. Det blir ikke et rent medisinsk begrep, men et allmenneskelig og tverrfaglig begrep. En slik forståelse av helsebegrepet åpner opp for at andre yrkesgrupper enn de tradisjonelle helsearbeiderne kan ha noe å bidra med i helsesektoren. Synet på brukerne av tiltakene vil også bli preget av at det er brukernes positive og friske ressurser som skal stimuleres, dermed fjerner en stigmatiseringen av brukernes sykdomsbilde.

Ved å gå tilbake til samhandlingsaspektet ser man at hvordan en velger å forstå målet som er helse, er med på å påvirke betingelsene for samhandlingen. Ved å betrakte begrepet som ”ikke-medisinsk” åpner det opp for at flere aktører kan samhandle om den samme brukergruppen. Ved å stimulere den positive siden av brukeren, enten brukeren har en medisinsk diagnose eller ikke, åpner det opp for yrkesgrupper som kulturarbeidere, antropologer, barnehageansatte osv. Kommunikasjonsstrukturen og samhandlingen har blitt påvirket av hvordan helsebegrepet ble forstått i bydelen under Kultur gir helse-satsingen.

5.3 Koblingen mellom kultur og helse, og bydelens ”kulturbruk”

I satsingen lå det noen føringer på kulturbegrepet; det skulle være et middel for å fremme helsen. Det var allerede før prosjektstart en antakelse om at kombinasjonen kultur og helse hadde positive effekter. Kultur skulle være med på å hjelpe utsatte grupper til å mestre hverdagen bedre. Vi har tidligere sett i kapittel 4.2 at Kultur gir helse-prosjektet er sammenfallende med sentrale myndigheters satsing på nærmiljøene. Med andre ord kan kultursatsingen betraktes som en del av nærmiljøarbeidet i bydelen. Slik ble målet med kultur å danne et bedre sted å bo for brukergruppene i prosjektet.

Kulturbegrepet bydelen tok utgangspunkt i ble fra bydelen sin side oppfattet som et todelt begrep. På den ene siden ble begrepet brukt om måter å organisere virkeligheten på, om den kunnskap og de normer som er med på å forme verdier, holdninger og handlinger, det samfunnsvitenskapelige kulturbegrepet. Et eksempel her er ”helsekultur” som viser til oppfatninger om og forhold til helse, sykdom og helsetjenester.

Innholdet i dette kulturbegrepet er i stadig endring, avhengig av politiske vedtekter, nyere forskningsresultater, ideologiske strømninger, trender i tiden osv. Innholdet i ”helsekultur” er også mer eller mindre delt. For det første er det store interne forskjeller på hva som legges i ”helsekultur”. Legene, sykepleierne, hjemmehjelperne, pasientene, pårørende og de som sjelden eller aldri er i kontakt med helsevesenet har naturlig nok sine, ofte svært ulike oppfatninger av begrepet. I tillegg har det enkelte individ erfaringer som influerer på hvordan man oppfatter innholdet i ”helsekulturen”. Det pågår i dag forskning omkring hvilke oppfatninger og forhold ulike grupper har til helse, sykdom og helsetjenester (Sosial- og helsedepartementet i samarbeid med Norges forskningsråd).

På den andre siden ble kulturbegrepet brukt i bydelen til å vise til et vidt spekter av kunst og kulturtilbud som teater, billedkunst, kino, kaféer, museumsbesøk, naturopplevelser, nærmiljøtilbud, fritidsaktiviteter osv. Dette innlemmer både det kvalitative og det utvidete kulturbegrepet.

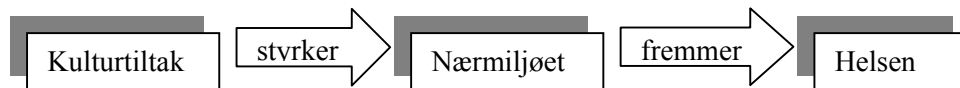
Hvordan blir kultur brukt til å fremme helse i Bygdøy-Frogner bydel? Hvilken betydning har kulturtiltak spilt i en slik sammenheng?

Flere delprosjekter og aktiviteter i satsingen var rettet mot målgrupper som er mottakere av sosialstønad eller trygd. Gjennom ulike økonomiske ordninger sørger staten og bydelen for at alle innbyggerne i bydelen beholder en viss økonomisk sikkerhet. Dette er i tråd med det klassiske velferdsstatsbegrepet som i hovedsak går ut på å sikre økonomiske og materielle levekår for alle (Kuhnle og Solheim 1991). Med utgangspunkt i en slik forståelse blir velferdspolitikken i hovedsak en overføring av materielle goder til behovstrende. Brukerne sikres slik at de ikke blir økonomisk avhengig av familie eller venner. De statlige tiltakene retter seg i hovedsak mot enkelte individ. Lite ressurser har gått til styrking av miljøet rundt vanskeligstilte personer. Staten har overtatt ansvaret for enkeltpersoner som nærmiljøet hadde tidligere. (Kuhnle og Solheim 1991:35).

I tillegg faller de utenfor mange sosiale arenaer hvor man kan skaffe seg en omgangskrets og et nettverk. Arbeidsplassen kan være en slik arena som er et viktig sted for å treffe mennesker, hvor man har en felles basis. Uten å være medlem av et slikt fellesskap som en arbeidsplass kan være, kan det også være en hindring til sosialt samvær på andre arenaer som for eksempel ulike fritidsaktiviteter. Følger man en slik tankegang hvor en står uten arbeid, men er økonomisk sikret fra staten, befinner men seg i en situasjon hvor man lett kan falle utenfor og oppleve ensomhet og isolasjon. Kultur gir helse-prosjektet skal prøve å bygge opp under disse mellomliggende strukturene som nærmiljø og lokalmiljø. Prosjektet skal bidra med aktiviteter

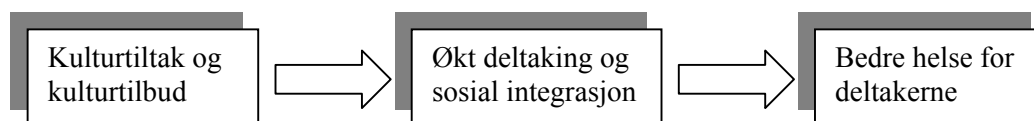
til definerte brukergrupper som stimulerer til fellesskap og bygger opp under nærmiljøet i bydelen.

Figur 5.3 *Kultur som helsefremmende tiltak gjennom å styrke nærmiljøet.*



I en slik satsing hvor kultur skal være et middel for å fremme målet som er helsen kommer den instrumentelle kulturpolitikken til syne. Intensjonene er ikke kun at selv den kulturelle opplevelsen eller deltakelsen vil fremme helsen. Der er i like stor grad at denne opplevelsen skal styrke nærmiljøet gjennom å legge til rette for bedre samhandling for beboerne. De skal få en ny kanal, en ny møtearena for å danne sosiale nettverk og en sterkere fellesskapsfølelse. Hvilken tiltak som iverksettes for å danne disse nettverkene og fellesskapsfølelsene kan være likegyldig, det kan være kulturaktiviteter eller andre typer aktiviteter. I denne satsingen har man imidlertid satset bevisst på å gi kultur denne rollen som nettverksskaper. Kultur har her vært et viktig bindeledd for brukerne av tilbudet, de har hatt kultur som en fellesnevner, som en fellesopplevelse som har bidratt til å skape et samhold. I en slik kontekst fikk kultur en rolle som nettverksskaper som skulle gi deltakerne økt deltaking og økt sosial integrasjon. Slik sett blir det den mellomliggende trivselsvariabelen som i realiteten fremmer helsen (Baklien og Carlsson 2000:21).

Figur 5.4 *Kultur som et middel til deltakelse og integrasjon som skal fremme helsen.*



For å illustrere hvordan kultur har oppfylt sine instrumentelle krav, kan en se på hvilken rolle et av tiltakene har hatt for brukergruppen. Jeg vil her ta utgangspunkt i Kulturkaféen, dette var en kafé beregnet på folk med psykiske lidelser som var en gang i uken. Mål som bydelen satt for denne aktiviteten var å la brukerne oppleve profesjonelle musikere, og skape en møteplass der vennskap og sosiale nettverk kunne utvikles.

Ved å ha kulturinnslag, det var en visegruppe som var engasjert og som kom fast, ble kultur ikke bare brukt til å fremme fellesskapsfølelsen, men også til å senke terskelen for deltakelse. I starten var det kun deltakere som ikke kjente hverandre og som alle slet med psykiske problemer. Å få motivert brukerne til å møte opp på et slikt tiltak har vært en prosess i seg selv. I denne prosessen var det å ha en lav terskel for deltakelse en forutsetning. Kulturinnslagene har bidratt til denne terskelsenkingen, noe som var viktig i å nå målgruppen overhode.

Å senke terskelen i en slik sammenheng, kan en sammenligne med terskelteorier som illustrerer hvordan evnen og muligheten til å forsere terskler i det kommunale tjenesteapparatet er ulikt fordelt (Baklien 1993b:17). Tilbudene i Kultur gir helse-prosjektet ble ikke iverksatt for å erstatte tilbudet i det kommunale tjenesteapparatet, men for å være et tilrettelagt tilbud for de som finner terskelen på ulike kulturtilbud for høye. Bygdøy-Frogner bydel hadde registrert at det var behov for et tilbud for folk med psykiske lidelser. Behovet var der fordi tersklene i det eksisterende kulturtilbudet var for høyt til at denne brukergruppen av ulike grunner ikke benyttet seg av det, blant annet var registreringsterskelen for mange et uoverkommelig hinder.

Kultur brukt på en slik måte vil jeg kalle for en passiv måte. Deltakerne viste at de kunne komme uten selv å måtte bidra med noe. Det var ikke noen andre krav til brukerne enn at de var til stede.

En annen måte bydelen har brukt kultur som et middel på, er en mer aktiv måte. Gode eksempel på dette er Malerverkstedet for voksne og Musikkgruppe. Malerverkstedet var også en aktivitet som var beregnet for folk med psykiske lidelser, men til forskjell til Kulturkaféen skal brukerne av malerverkstedet selv bidra i aktiviteten. På malerverkstedet er det ansatt en malerinstruktør som skal lære deltakerne ulike teknikker og måter å male på. Også her er det sosiale aspektet viktig, men her har kulturbiten et annet aspekt ved seg. Brukerne skal ikke bare passivt ta i mot, men må delta aktivt. Det stilles mer krav til brukeren enn at han/hun bare deltar. Her har det å få uttrykt seg på en annen måte, gjennom å male, en terapeutisk virkning i seg selv.

Det samme aspektet har musikkgruppen. Det sentrale her var å gi brukerne tilbud om å øve med profesjonelle musikere. I begge disse aktivitetene var ikke det sentrale at de skulle bli profesjonelle billedkunstnere eller musikere, men at kulturtilbudet ble tilpasset en brukergruppe som ikke ville ha benyttet seg av en tilsvarende aktivitet i regi av Friundervisningen eller lignende.

Både en passiv og en aktiv bruk av kultur tar sikte på å benytte seg av et kulturbegrep som ligger innenfor det kvalitative kulturbegrepet (Mangset 1992). Det er kultur i tradisjonell forstand som er blitt brukt og hvor det har vært profesjonelle utøvere som har vært kulturansvarlig.

En tredje bruk av kultur ligger innenfor det utvidete kulturbegrepet (Mangset 1992), som innlemmer idrett og fysiske aktiviteter. Her er seniordans/sittedans og bevegelsesgruppe gode eksempler. Den førstnevnte skulle bruke dans som utgangspunkt for fysiske aktivitet som skulle bidra til sosialt fellesskap. Bevegelsesgruppe var en aktivitet som Fysio- og ergoterapeutene i bydelen tok initiativ til. Målet med dette tilbudet var å gi et enkelt trenings- og bevegelsestilbud, samt å drive med avspenningsøvelser.

5.4 Oppsummering

De sentrale mål med prosjektet var lite operasjonaliserbare og lite konkrete. De var lite spesifikke med tanke på hvordan den enkelte deltakerkommune kunne forme prosjektet til de lokale behov. Både med hensyn til hvem som var aktuelle brukergrupper og hvilket kulturtiltak som skulle brukes var åpent for deltakerene i forsøksprosjektet.

Det som var sentralt fra Kulturrådets side var at de lokale brukerne ute i de enkelte deltakerkommunene ble en aktiv aktør som skulle være med å forme aktivitetene. Brukerne skulle trekkes tidlig inn i delprosjektene, aller helst fra planleggingsstadiet av.

Et annet poengtert mål med satsingen var at vante tankebaner skulle brytes og det skulle åpnes opp for ny tenkning som skulle involvere yrkesgrupper på tvers av sektorgrensene. Tradisjonelle sektorgrenser skulle vike plass for nytenkning og samarbeid på tvers av fag- og sektorgrenser.

Disse målene bygger på en forståelse av kultur- og helsebegrepene. Kulturbegrepet har historisk beveget seg fra å være en verdi i seg selv til å få en utvidet betydning hvor den instrumentelle kulturpolitikken omgjorde kultur til et middel. I denne settingen ble kultur betraktet som et middel for å endre tankemønstrene og samarbeidskonstellasjonene rundt helsearbeid.

Hvordan helse ble betraktet har også betydning for hvordan man valgte å arbeide med prosjektet. For prosjektledelsen i Bygdøy-Frogner bydel var det viktig at det ble fokusert på det positive helsebegrepet. Dette innebærer at det var brukernes friske ressurser som skulle stimuleres og deres eventuelle sykdom og diagnose skulle komme i bakgrunnen. Ved å ha en

slik forståelse av helsebegrepet ble det tilrettelagt for andre yrkesgrupper i bydelens prosjektarbeid.

Gjennom å ha en instrumentell tilnærming til kulturbegrepet blir en annen sentral faktor styrket, nærmiljøet. Å forebygge isolasjon og ensomhet er sentralt for satsingen. Kultur blir i denne sammenhengen brukt til å danne en møtestruktur for mennesker som mangler dette, en møtestruktur som fremmer nettverksdanningen som i sin tur har en helsefremmende effekt.

6 Den lokale kontekst

Så langt har vi sett hvordan prosesser på nasjonalt plan har påvirket den konteksten Kultur gir helse-prosjektet skulle implementeres i. Men Bygdøy-Frogner er en spesifikk bydel med spesifikke kjennetegn, og dette vil ha en betydning for hvordan prosjektet blir i denne bydelen.

Evalueringsens fokus er å se på forholdet mellom bydelens visjoner og hva de faktisk ønsket å oppnå med prosjektet i forhold til hva som faktisk ble gjort. Innledningsvis ble det gjort rede for de sentrale intensjonene Nkr hadde med prosjektet. Hvordan bydelen har tilpasset disse til de lokale behov vil jeg beskrive her.

For å realisere intensjonen må det også dannes en organisasjonsstruktur for å styre den handlingen som skal føre til måloppnåelsen. Hvordan bydelen har tilpasset organisasjonsstrukturen på prosjektet vil være et resultat av både tidligere erfaring i bydelen og hvem som skal arbeide med prosjektet, samtidig må det være en organisasjonsstruktur som er hensiktsmessig i forhold til måloppnåelsen. Vi så i kapittel 3 at prosjekter inne offentlig forvaltning rettet mot klienter må håndtere usikkerhet og endringer både i forhold til omgivelsene og brukerne. Det forutsetter fleksibilitet og endring av mål underveis (Ryen 1993).

Prosjektets utforming vil være preget av både individuelle og strukturelle faktorer. Individuelle faktorer er sentrale aktørers påvirkning på prosjektets utforming. Strukturelle faktorer er de gamle organisasjonsstrukturer prosjektet skal tilpasses. Til sammen vil de individuelle og strukturelle ressursene være med på å danne bakgrunnen for de sosiale og kulturelle ressursene som medlemmen bruker i samhandlingen.

6.1 Intensjoner på lokalt nivå

Invitasjonen til å delta i Kultur gir helse-prosjektet fra Norsk kulturråd, beskrev et prosjekt med vide rammer og store muligheter for lokal tilpassing. Deltakerkommunen skulle selv kartlegge lokale forhold og behov, identifisere målgrupper og avgjøre hvilke tilbud og aktiviteter som var hensiktsmessig å iverksette. Det var med andre ord få konkrete grenser bydelen hadde å holde seg til i en fortolkningsfase.

I denne fortolkningsfasen er det flere forhold som virker inn og påvirker utfallet. Rammebetingelsene angir hvilke forhold prosjektet skal virke under, og bydelens politikk i forhold til kultur og helse påvirker hvordan bydelen vil arbeide med et prosjekt som Kultur gir helse.

Forut for satsingen var det tre kulturpolitiske utfordringer bydelsforvaltningen var opptatt av å få realisert.

1. Forsterke og utvikle samarbeidet mellom bydelens frivillige organisasjoner og bydelsforvaltningen.
2. Styrke eksisterende og utvikle nye kulturtilbud.
3. Hva bør være sammenhengen mellom kulturtiltak og helsepolitiske utfordringer?

Under utfordring 3 ville de prøve å få belyst følgende problemstillinger:

- Kan kulturtiltak bli et supplement til bydelens helse- og sosiale tjenester?
- Hvilke konsekvenser har et slikt perspektiv for tjenesteytingen og for organiseringen av de ulike kulturtiltak og helse- og sosialpolitiske tjenester?
- Hvilken rolle bør bydelsforvaltningen ha i arbeidet med å skape sammenhenger mellom kultur og helse?³

Med utgangspunkt i utfordring 3 og de tilhørende problemstillingene utformet prosjektledelsen noen spørsmål som illustrerte hva de ville satse på i Kultur gir helse-prosjektet:

- Kan kultursatsingen i bydelen være med til å fremme helse og redusere lidelse og negative sosiale konsekvenser av sykdom?
- Hvordan kan kulturelle virkemidler benyttes i det forebyggende og rehabiliterende helsearbeid?
- Hvordan kan en slik satsing være med til å mobilisere folks egne ressurser og øke deltakelsen i bydelen?
- Hvilken rolle bør bydelen ha i arbeidet med å skape sammenhenger mellom kultur, helse og beboere?⁴

Å ha tilnærmet forskerspørsmål som utgangspunkt for satsingen illustrerer tilnærmingen bydelen hadde til prosjektet. De valgte å gå bredt ut og så snevre prosjektet inn ved å definere målsettingene etter hvert som man så hvordan prosjektet utviklet seg. Ved å se på arbeidsmetoder og hva bydelen fokuserte på i startfasen, finner vi at de sentrale intensjonene har vært retningsgivende for bydelens arbeid. Både brukermedvirkning og tverrsektorielt samarbeid var sentralt, også egenrapportering ble fulgt opp fra starten av. De sentrale intensjonene har vært ”uskrevne delmål” som bydelen arbeidet etter samtidig som de har utviklet sine egne delmål etter hvert som de har sett hvordan prosjektet har utviklet seg.

Fra å ha en lite definert utgangspunkt før selve prosjektstart er det snevret litt inn i det prosjektet er i startfasen:

En av hovedmålsetningene er å gi økt tilgjengelighet til og mulighet for deltaking i kulturelle aktiviteter og opplevelser for målgrupper som i dag faller utenfor eller av ulike grunner er utestengt fra dette. Dette vil bli gjort ved å bygge bro mellom allerede eksisterende kulturtilbud og potensielle brukere. I tillegg er det startet opp noen nye kulturtilbud med spesielt god tilgjengelighet (Nyhetsbrev nr. 1, datert 05.03.97).

Fremdeles er det sammenfallende med de sentrale intensjonene som ga aktørene et stort handlingsrom. Først etter ca. to års drift har bydelen konkretisert delmålene.

”Hovedmålet for prosjektet er å: *styrke lokalsamfunnets og bydelens innsats i det helsefremmende og forebyggende arbeid med basis i lokaltog regionalt kulturliv.*

Etterhvert som vi har sett hvor behovene for økt tilgjengelighet til kulturtilbud ligger, har vi revidert og konkretisert delmålene:

1. Øke tilgangen til kultur – og nærmiljøtilbud for personer med psykiske lidelser.

³ Kilde: Søknad om midler til forsøksprosjekt ”Kultur og helse”. Brev fra Bygdøy-Frogner bydelsforvaltning, datert 20.06.96.

⁴ Kilde: Oversikt over lokale prosjektplaner pr. 08.11.96. Skriv fra Norsk kulturråd, datert 08.11.96. NIBR-notat 2001:114”

2. *Forebygge isolasjon og fremme helse blant bydelens friske og syke eldre.*
3. *Øke kontakten mellom barnefamilier og mellom generasjoner. Fremme kontakten mellom kunstnere, kultur- og utdanningsinstitusjoner.*
4. *Øke det tverrfaglige og tverretatlige samarbeidet om forebyggende og rehabiliterende kultur- og nærmiljøarbeid.”*

(Nyhetsbrev nr. 5, datert 09.12.98).

Fra å ha en ustrukturert og ”vi-får-se-hva-som-skjer”-holdning til prosjektet har de endt opp med mer konkrete mål etter hvert som veien har blitt til. Prosessen har vært preget av at delmålene er blitt tilpasset prosjektet etter at de ulike delprosjektene har startet opp.

Ved første øyekast kan det virke som om bydelen bare knyttet prosjektet opp mot en av de tre kulturpolitiske utfordringene i bydelen, og utfordringene som: ”Forsterke og utvikle samarbeidet mellom bydelens frivillige organisasjoner og bydelsforvaltningen” og, ”styrke eksisterende og utvikle nye kulturtilbud”, ikke ble tatt med i utformingen av de lokale intensjoner med prosjektet. En forklaring på det er at de sammenfaller med sentrale intensjonene med prosjektet, og som vi har sett så fungerte de sentrale intensjoner som ”uskrevne delmål” i bydelen.

I kapittel 3 så vi at skulle prosjekter lykkes måtte de håndtere endringer og usikkerhet i omgivelsene og ha fleksibilitet overfor målsetningene og endre de etter behov (Ryen 1993). Usikkerheten prosjektet i Frogner-Bygdøy bydel måtte ta hensyn til var i stor grad knyttet til spørsmål om samarbeidspartnere og mangel på prosjektmidler. Uten å vite hvem en skulle samarbeide med og uten å vite hva en kunne få av prosjektmidler valgte prosjektledelsen å være mer åpen overfor utviklingen av prosjektet. En annen grunn til at prosjektledelsen ikke hadde noen mer konkrete mål i startfasen ligger i prosjektformens natur. En grunnleggende egenskap med prosjekter er at de arbeider med unike oppgaver og problemer, oppgaver og problemer som organisasjonen savner forutgående og valide erfaringer for å løse. Med andre ord så operer prosjekter fra starten av på usikker grunn (Christensen og Kreiner 1991:31).

Presisering av delmålene har med andre ord vært en prosess preget av usikkerhet og store ambisjoner om å nå hele bydelen. Dermed har ikke bydelen hatt en definert og klar oppstaket vei de ville følge fra starten av.

Parallelt i denne prosessen har samhandlingen vært sentral. Både brukerne og andre sektorer har vært involvert i prosessen, og de har vært med på å forme utfallet. De sentrale intensjonene har vært normdannende for arbeidsprosessen underveis.

6.2 Bakgrunnsfaktorer

Vi har tidligere sett at Kultur gir helse-prosjektet skulle implementeres i en bydelsorganisasjon som hadde mange oppgaver tilknyttet til omsorg og helse, oppgaver som krever store deler av bydelsforvaltningens ressurser. De hadde med andre ord mye erfaring innen omsorg- og helse arbeid, men manglet en tilsvarende erfaring innen kulturarbeid.

Prosjektet skulle knytte disse to feltene sammen og beveget seg dermed inn på et nytt og uprøvd område. En måte å møte den usikkerheten en ukjent grunn gir, er å basere arbeidet på tidligere erfaring og kunnskap som har blitt opparbeidet i bydelen. Slik kunnskap kan ha oppstått

gjennom prøving og feiling, som igjen vil være retningsgivende for hvordan bydelen mener det er hensiktsmessig å arbeide med et prosjektarbeid.

En annen faktor som er avgjørende for et prosjekt er hvem som arbeider med det. Sentrale aktørers arbeidsmåter, tanker om prosjektet, deres erfaringer osv. er sentralt for prosjektets utvikling. Med andre ord vil de gamle organisasjonsstrukturene inneha noen kulturelle og sosiale ressurser som hadde innflytelse for dannelsen av organisasjonsformen for Kultur gir helse-prosjektet. Ved å se på hvilken struktur prosjektet ble tilpasset i, vil det gi en større forståelse for hvorfor Kultur gir helse-prosjektet fikk den organisasjonsformen som det fikk. Det gir også en pekepinn på hvem bydelen mente det var sentralt å trekke med i et samarbeid.

6.2.1 Levende bydel; en grunn å bygge videre på

I perioden fra 1993 til 1996 deltok Bygdøy-Frogner i et prøveprosjekt kalt Levende bydel. Hovedmålet med denne satsingen var å utvikle bydelen til en aktiv, trygg og levende bydel for alle beboere. De organisatoriske målsetningene var å utvikle forvaltning av tverrfaglig og tverretattlig samarbeid i offentlig sektor på områdenivå, og å utvikle nye samarbeidsrelasjoner mellom offentlig og privat sektor. Levende bydels-prosjektet skulle videreutvikle den desentraliseringen som hadde funnet sted gjennom bydelsreformen omtalt i kapittel 4.1 Videreutviklingen skulle skje gjennom samordning og samarbeid. Skulle frivillige organisasjoner og beboere generelt spille en mer aktiv rolle i sitt nærmiljø, var det behov for å tilrettelegge strukturene slik at de nådde frem med sine interesser.

Møtestruktur

Satsingen skulle bedre samarbeidet på tvers av sektorer og områder samt med frivillige organisasjoner gjennom en bedre utnyttelse av ressursene. For å få dette realisert ble det dannet en samordningsstruktur, kalt "Levende bydels-møter". Her deltok områdekoordinatorene, ledere for de ulike tjenestestedene i bydelen og representanter fra frivillige organisasjoner. Områdekoordinatorene hadde ansvar for hvert sitt geografiske område (henholdsvis Ruseløkka-Skillebekk, Frogner og Bygdøy) i bydelen. Områdekoordinatorenes ansvar var å gripe fatt i forslag om konkrete tiltak ute i områdene, sørge for at det ble nedsatt en arbeidsgruppe som skulle planlegge og tilrettelegge tiltaket og sette tidsfrist om når tiltaket skulle være etablert. Forslag til tiltak kunne komme fra beboere, ansatte eller via strategisk plan. Forslagene ble alltid tatt opp i Levende bydels-møtene, og med bydelsforvaltningens avdelingssjefer. Levende bydels-prosjektet avsluttet i 1996, men for å få det prosjektet og det samarbeidet som ble opprettet forankret, så er møtestrukturen Levende bydels-møtene videreført.

Levende bydels-prosjektet var et nærmiljøprosjekt som gjennom å danne en etablert møtestruktur skulle fremme kommunikasjonen mellom de ulike avdelingen i bydelen i tillegg til de frivillige organisasjonene. Dannelsen av Levende bydels-møtene var en av de strukturelle faktorene i omgivelsene som var sentrale i implementeringsfasen av Kultur gir helse-prosjektet. Ved å ha et samlingspunkt for "alle" i bydelen var det opparbeidet en erfaring i å kommunisere og informere, man kan si at det var dannet en kultur for tverrfaglig kommunikasjon. Gjennom denne kommunikasjonen var det dannet en form for relasjoner (Lauvås og Lauvås 1994). De ansatte hadde både informasjon om hva de andre arbeidet med og hva de ville arbeid med videre. Også mer problemorienterte tema ble tatt opp i dette fora.

Overfor så vi at et usikkerhetsmoment prosjektledelsen måtte ta hensyn til var tilknyttet samarbeidspartnere. Ved å benytte seg av Levende bydels-møtene kunne prosjektleder både informere om prosjektet samtidig som hun kunne registrere potensielle idéer og samarbeidspartnere.

Og det som gjør det lett på en måte, det som gjør at forutsetningene for prosjektet var bedre kanskje, enn i andre kommuner, var at det allerede var etablert et møte

der en kunne treffe folk fra frivillige organisasjoner og ulike tjenestesteder. For murer mellom avdelingene kan være ganske store å komme over, så jeg kunne gå inn der og så kunne jeg informere om at nå var det satt i gang et prosjekt som het Kultur gir helse som hadde som målsetning å tilgjengeliggjøre kulturtilbud osv. (Prosjektleder)

Et eksempel på et delprosjekt som ble realisert fordi prosjektleder benyttet seg av denne møtestrukturen, er delprosjektet "Kultur i Skillebekk barnehage". Dette delprosjektet blir nærmere beskrevet på side 54. På et Levende bydels-møte hvor avdelingsleder for Skillebekk barnehage deltok, ble hun gjort oppmerksom på Kultur gir helse-satsingen. Dette ga henne inspirasjon til å iverksette en idé hun hadde syslet med en stund; å synliggjøre barnehagen mer ved å la andre grupper i bydelen komme inn og oppleve noe sammen med barna. Ønsket var å få i stand en kulturopplevelse for barn og eldre, men mangel på midler på et stramt barnehagebudsjett hadde hindret en slik satsing. Gjennom prosjektleder fikk hun hjelp til å sette opp en søknad om midler til dette formålet.

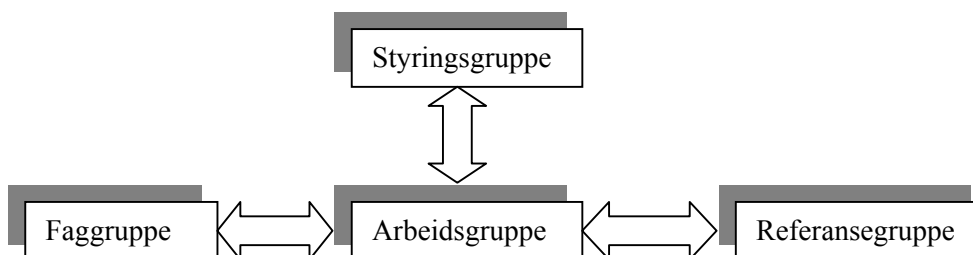
Organisasjonsstruktur

En annen erfaring fra Levende bydels-prosjektet som fikk innvirkning på Kultur gir helse-prosjektet er av organisatorisk karakter. Levende bydels-prosjektet var ved prosjektleder organisert i stab direkte under bydelens administrasjonssjef. For å kunne informere om prosjektet og for å få muligheter til å fange opp nye utfordringer som bydelens ledelse sto overfor og som kunne kanaliseres inn i prosjektet, satt prosjektleder i bydelens ledergruppe. Bydelsutvalget (BU) var i dette prosjektet med i styringsgruppen, som bestod av tre politikere og to fra administrasjonen. Styringsgruppens leder var BU-leder, mens fra administrasjonen var administrasjonssjefen og prosjektleder representert.

Med en så "byråkratisk" prosjektorganisering ble arbeidsgangen formell. I byråkratisk pregede organisasjonsstrukturer er kommunikasjonsstrukturen formell, det vil si det at kommunikasjonen gjerne er skriftlig, og det er en på forhånd bestemt møtestruktur som preger organisasjonen. En ulempe med en slik organisering er en treghet i systemet. Prosessen er preget av lite fleksibilitet og kan dermed hindre en raskere måte å løse arbeidsoppgaver på (Morgan 1984). Styringsgruppen hadde møter en gang i måneden hvor saker med blant annet forslag til vedtak ble fremlagt skriftlig. Dette ble av sentrale aktører betegnet som en veldig tungvint måte å jobbe på. Ved iverksettelsen av Kultur gir helse-prosjektet var det derfor et ønske om at prosjektleder skulle få arbeide mer fritt, noe som betød at tiltak og delprosjekter kunne komme raskere i gang og at prosjektleder fikk et større spillerom.

Den organisasjonserfaring de hadde fra Levende bydels-prosjektet førte til at organisasjonsformen rundt Kultur gir helse-prosjektet skulle være mer uformell. Resultatet var at prosjektet ble lagt til en avdeling, og hvor prosjektleder stod relativt fritt til å arbeide med prosjektet. Bydelen hadde i utgangspunktet satt opp et formelt organisasjonskart over hvordan de hadde tenkt prosjektet skulle organiseres.

Figur 6.1 *Det formelle organisasjonskart over Kultur gir helse-prosjektet.*



Styringsgruppen bestod av representanter fra bydelens ledergruppe, og var prosjektets øverste organ. De enkelte medlemmene i styringsgruppen kontaktes ved behov og bidro med råd, veiledning og konstruktive korrektiv til prosjektet.

Arbeidsgruppen var sammensatt av avdelingssjef for Nærmiljø og sosiale tjenester, koordinator og leder for aktivitetshuset Niels Juels gate 46, daglig leder av Frivillighetssentralen og prosjektleder. Arbeidsgruppen kom sammen jevnlig og samarbeider om å planlegge og iverksette tiltak.

Referansegruppen kom sammen to ganger i året på prosjektets evalueringsmøter. I tillegg tok prosjektleder kontakt med de ulike medlemmene ved behov. Referansegruppen skulle fungere som idebank og kritisk korrektiv til prosjektet. Gruppen bestod av representanter for ulike interesseorganisasjoner i bydelen.

Faggruppen bestod av tre psykiatriske sykepleiere i hjemmetjenesten og en oppsøkende sosionom ved Bygdøy-Frogner sosialsenter. Prosjektleder hadde jevnlig møter med faggruppen og kontaktet de enkelte medlemmene etter behov. I tillegg var faggruppen aktivt deltakende i en del av prosjektets tiltak.

Dette organisasjonskartet var satt opp før prosjektet formelt startet opp, og før prosjektleder begynte. Organisasjonskartet var med på å gi prosjektleder en struktur for hvordan samhandlingen skulle organiseres hvor både frivillige organisasjoner og andre avdelinger enn Nærmiljø og sosiale tjenester var representert. De strukturelle ordningene (Martinussen 1984), de interne forholdene som styrer mulighetene for samhandling, hadde elementer i seg som tilsa at samarbeid på tvers av avdelingsgrenser og med interesseorganisasjoner var mulig. En avdeling som var representert i både styringsgruppen og i referansegruppen var avdeling for pleie, rehabilitering og omsorg (PRO-avdelingen). Grunnen til at prosjektledelsen bare trakk inn PRO-avdelingen i organisasjonsstrukturen fra planleggingsstadiet av, kan ha vært at prosjektledelsen så for seg et tett samarbeid mellom de to avdelingene samtidig som de var åpne for hvordan prosjektet skulle utvikle seg.

Men det er sånn at når du setter i gang så vet du ikke hva det blir. Du er jo så avhengig av samarbeidspartnere. Jeg hadde ikke noen blide av hvor vi skal være om tre år jeg. Det jeg vet er at du er så avhengig av hvem du får på lag (avdelingssjef).

6.3 Idéer søker penger

Ovenfor så vi hvordan kulturelle og sosiale ressurser innbakt i de gamle strukturene preget både organiseringen og implementeringen av prosjektet. Dette påvirket den strukturelle konteksten samhandlingen inne prosjektet skulle gjennomføres i.

En annen faktor som påvirket prosjektets utforming og gjennomføring er de økonomiske rammebetingelsene. Norsk kulturråd har bidratt med midler øremerket prosjektleder, ved behov

for midler for iverksettelse av aktiviteter og delprosjekter har bydelen selv måtte skaffe det til veie. Å skaffe midler til aktiviteter har vært en av utfordringene, samtidig som mangel på midler har vært et moment som har formet prosjektet.

Men da er en på en måte nødt til å se på hvor er det ressurser ligger henne, hvor en kan omdisponere midler, og hvor de statlige utlysningene av midler er henne. Disse legger føringer på hvilke målgruppe og hvilket tiltak det er vi satser på (prosjektleder).

Selv om prosjektet i utgangspunktet var lite definert og bydelen hadde vide rammer til å tilpasse prosjektet til lokale behov, så var det likevel føringer som var med på å bestemme hvilke målgrupper og hvilke typer aktiviteter det skulle satses på. Disse føringene var i stor grad bestemt av de økonomiske rammebetingelsene prosjektet arbeidet innenfor. Disse rammebetingelsene påvirket spesielt tre forhold; typer midler det ble søkt om, som igjen la visse begrensninger på hvilken type aktivitet som kunne iverksettes, og til slutt prosjektleders arbeidssituasjon. Prosjektleders arbeidssituasjon blir kun kort omtalt i dette kapitlet, siden prosjektlederrollen blir nærmere beskrevet i neste kapittel.

Med utgangspunkt i økonomiske rammebetingelser kan en dele prosjektarbeid i to grupper. Den ene er nå en får utdelt en stor ”pott” med midler for så å drive prosjektet. Med et slikt utgangspunkt står en fri til selv å definere brukergrupper, hvilke målsetninger en skal ha osv. Satsingen i Uranienborg-Majorstuen bydel er et eksempel på en slik måte å drive prosjektarbeid, bydelen har mottatt finansiell støtte både fra kulturrådet og Sosial- og helsedepartementet. Midlene har vært forvaltet slik prosjektledelsen selv har tatt initiativ til, og hatt ansvaret for, å sette i gang noen større prosjekter. Samtidig har det vært mulig for andre aktører i bydelen (ansatte, institusjoner, kulturarbeidere osv.) selvstendig å søke om midler til å sette i verk aktiviteter. (Jørgensen 2000). Dermed har bydelen hatt midler å ”lokke” med slik at det har blitt lettere for andre å få realisert idéer de har hatt til aktiviteter.

Den andre måten er aktivt å gå ut å søke etter midler, eller prøve å få omdisponert midler. For å få innvilget en søknad måtte aktivitetene tilpasses slik at de faller innenfor rammen av utlysningen. Dette er en prosess som har preget arbeidet i Bygdøy-Frogner bydel. Dette er forhold som kan sammenlignes med prosjektarbeidet i Karasjok. Mye av deres prosjektarbeid var konsentrert rundt temaet hvor det var mulig å søke støtte (Baklien g Carlsson 2000) En slik måte å arbeide på har både sine positive og negative sider.

Fordelen er at en er nødt til å hele tiden tenke kreativt når en ser utlysningene, nødt til å ta kontakt ut fra utlysningene, hvor er det en driver med dette? Selvfølgelig ikke når det er helt ville utlysninger som ikke går innenfor målsetningene i det hele tatt. Men en må jo på en måte se om dette er noe som passer inn under Kultur gir helse, og så på en måte ta tak i det der og da og prøve å utarbeide delprosjekt som er gode (prosjektleder).

Dette ble imidlertid betraktet som en positiv måte å arbeide på. Den krevde kreativitet, og de involverte parter i de ulike delprosjektene måtte ha en tro på at det de drev med var viktig. Dette fordi de allerede hadde fulle arbeidsdager, og aktivitetene kom på toppen av det ”vanlige” arbeidet.

En negativ side med en slik arbeidsmetode er at bydelen ikke hadde en ”gulrot” å lokke med, slik at det har vært tyngre å få med seg samarbeidspartnere og å få andre til å ta initiativ til aktiviteter. Det å våge å satse og ta initiativ er i stor grad avhengig av at man har økonomisk sikkerhet bak seg. Når man i utgangspunktet ikke er 100% sikker på om man får midler til satsingen eller ikke, kan det virke demotiverende. En konsekvens av den økonomiske situasjonen er at innspill og idéer til delprosjekter i stor grad kommer fra ansatte i bydelsforvaltningen. Aktiviteter basert på initiativ fra frivillige organisasjoner er fraværende med noen få unntak. Dette blir utdypet senere i oppgaven.

Prosjektleders arbeidssituasjon blir også preget av de økonomiske rammebetingelsene. Mye arbeidstid ble brukt til å spore opp midler og til å fatte søknader. Tid som prosjektleder i større grad ønsket å kanalisere inn i prosjektet. Prosjektleders rolle blir nærmere utdypet i kapittel 6.4.

6.3.1 Prosjektet i forhold til pålagte kommunale oppgaver

Innledningsvis så vi at den bydelsorganisasjonen prosjektet skulle implementeres i var preget av store og ressurskrevende helse- og omsorgsoppgaver. Videre så vi at sentrale samarbeidspartnere i prosjektstrukturen var ansatte i PRO-avdelingen. I rammebetingelsene lå med andre ord noen føringer på hvor og mot hvilke målgruppe prosjektarbeidet i bydelen kunne rette arbeidet mot.

I Bygdøy-Frogner bydel gjorde mangler på midler de mer avhengig av bydelens andre oppgaver. I dette prosjektet ville bydelen prøve å rette seg mot alle innbyggerne i bydelen, noe som viste seg å være vanskelig. En gruppe som de valgte å rette ekstra oppmerksomhet mot var personer med psykiske lidelser, en målgruppe som er underlagt ansvarsområdet for PRO-avdelingen som igjen vil si at PRO-avdelingen skal sikre de et tilbud.

Etter desentraliseringen og innføringen av bydelsreformen skal kommunene/bydelene ha ansvaret for totalsituasjonen til mennesker med psykiske lidelser. Kommunenes forpliktelser og hjemmel til å yte individuelle tjenester til mennesker med psykiske lidelser følger av lov om sosiale tjenester og lov om helsetjenestene i kommunene. Kommunene har etter disse lovene et generelt ansvar for å yte helse- og sosiale tjenester til innbyggerne, og lovverket omhandler ikke enkeltgrupper spesielt. Helsetjenester, sosialtjenester og pleie- og omsorgstjenester omfatter derfor alle innbyggerne med hjelpebehov uansett alder eller årsak til hjelpebehovet. Via Kultur gir helse-prosjektet har bydelen kunnet satse på spesielle grupper de mener hadde behov for det. Kultur gir helse-prosjektet hadde en prosjektleder med ledig arbeidskapasitet og idéer til passende aktiviteter, og PRO-avdelingen hadde penger og uløste, pålagte oppgaver. Dermed var det naturlig at det ble et tett samarbeid mellom PRO-avdelingen og prosjektet.

PRO-avdelingen har sett OK, her kan Kultur gir helse-prosjektet hjelpe oss og oppfylle noen av målene i vår handlingsplan. Og kanskje gjøre det på litt nye måter, og kan inspirere litt til at en får drevet arbeidet i forhold til psykiatriske pasienter på en litt ny måte. Og dermed avsetter de midler til Kultur gir helse. Og så får vi prøvd det ut, og så får vi evaluert det, og så får vi sett. Og hvis de synes dette er viktig osv. blir det fortsatt drift etter prosjektet er slutt. Sånn sett er det en fordel at en ikke bare bruker midler som bare forsvinner etter prosjektet er slutt. Men bakkdelen er at en ikke har så store muligheter til å styre prosjektet (prosjektleder).

6.4 Prosjektleder med arbeidslyst og pågangsmot

For å få en organisasjon til å fungere, enten organisasjonen er stor eller liten, trengs det alltid en viss grad av både ledelse, kommunikasjon og samarbeid. Dette gjelder også om organisasjoner som prosjekter. Ledelse kan i en slik sammenheng bety å få mennesker til å samarbeide effektivt for å løse en felles oppgave. Videre vil ledelsesfunksjonen og den måten den blir ivaretatt på ha en sentral betydning for utformingen av arbeidsoppgaver og arbeidsmiljø, og for hvordan organisasjonen blir utformet (Westhagen 1984:113).

Skal en leder sies å være effektiv eller flink, har det en sammenheng ved både vedkommendes personlige egenskaper og holdninger og med et sett av faktorer i arbeidssituasjonen. I en slik sammenheng snakker en gjerne om ”situasjonsbestemt ledelse” (Westhagen 1984:117). Effektiviteten er avhengig av hvor godt atferden er i overensstemmelse med det enkelte individ

og dets egenskaper, og med situasjonen og dens spesielle trekk. En viktig forutsetning for å kunne utøve lederfunksjonen blir da at den som har dette ansvaret, kan analysere krav og muligheter i forskjellige situasjoner, og at vedkommende har et relativt bredt handlings spekter å spille på.

Prosjektleder i Kultur gir helse-prosjektet ble av både brukere og ansatte betraktet som en god prosjektleder. Positive ord som ”arbeidssom”, ”energisk”, ”lett å samarbeide med”, ”lett å prate med”, ”har mange nye og spennende idéer”, og ”motoren som holder det hele i gang” har floreret i samtalene.

I evalueringen av Kultur og helse-prosjektet på nasjonalt plan, ble det vist at hvem prosjektleder var, hvilke personlige egenskaper han/hun hadde, var viktig for hvordan prosjektleder rollen ble utført (Baklien og Carlsson 2000).

Prosjektleder for Kultur gir helse-prosjektet i Bygdøy-Frogner bydel tok fatt på jobben som nyutdannet sosialantropolog. Hennes hovedfagsoppgave ”Brukermedvirkning i eit psykiatriprosjekt. Lettare sagt enn gjort?” (Huus 1996), var hennes erfaringsbakgrunn da hun ble plukket ut blant 50 søkere til prosjektlederstillingen. Oppgaven går i korthet ut på å drøfte ulike prosesser som kan vanskeliggjøre og fremme brukermedvirkning med bakgrunn i et empirisk case. Målgruppen, som skulle bli mer aktiv gjennom brukermedvirkningen, var personer med psykiske lidelser. Det empiriske caset var Samhandlingsprosjektet, et av syv Tilgjengelighetsprosjekt som var initiert av Sosial- og helsedepartementet. Hovedmålsettingen med dette prosjektet var å få kunnskap om hvordan en kan få et mer tilgjengelig psykiatrisk helsevesen. Dette skulle gjøres ved at det ble inngått et aktivt samarbeid mellom hjelpere (ansatte i den kommunale helsetjenesten) og personer med store psykiske lidelser.

Prosjektleder hadde ingen arbeidserfaring innen en bydelsforvaltning, og viste dermed ikke hvordan prosjektarbeid i en slik sammenheng ville arte seg. Hun hadde heller ingen kulturell eller helsefaglig bakgrunn. Den erfaring hun hadde var riktig nok knyttet opp mot et felt innen helsearbeid, hun hadde fått innblikk i hvordan hverdagen arter seg for psykiatriske pasienter.

I Levende bydels-prosjektet ble prosjektleder rekruttert internt, som er i motsetning til Kultur gir helse-prosjektet hvor prosjektleder kom utenfra. En fordel med intern rekruttering er at en kjenner til forholdene rundt arbeidssituasjonen. Forhold som hvem som arbeider med hva, hvilken intern politikk som blir ført på området, hva som forventes av en som prosjektleder, er noen fordeler en har når man kjenner til arbeidsstedet fra før. Samtidig kan den samme kunnskapen falle tilbake på en ved at det legger føringer slik at nyskaping følger vante tankebaner og handlingsmønstre. I en kommunikasjonssituasjon vil en slik erfaring føre til en utsiling av impulser og inntrykk slik at nyskaping kan lide av aktørens persepsjon (Westhagen 84).

Ved å komme utenfra og uten å ha blitt ”preget” av tidligere arbeid har en den fordel at nettopp nyskapingen og idéutviklingen har større spillerom, og følger ikke i samme grad opparbeidet kunnskap internt i organisasjonen. Oppstart av Malerverksted for voksne, et malerverksted beregnet for folk med psykiske lidelser, illustrerer hvordan prosjektleder har kunnet friere fremme sine idéer uten å være hemmet av holdninger i organisasjonen .

Tilbake til G's (prosjektleder) rolle som jeg stadig nevner. Jeg husker når malerkursene begynte, bare for å ta et eksempel, malerkursene er en suksess, basta, sånn er det. Veldig mye tilsier det. Men sånn som det startet veldig forsiktig, så var det sånn at, jeg hadde hvert fall ikke tenkt malerkurs for noen av mine brukere.

Så begynte G å stille sine kvalifiserte spørsmål, eksplorativt: Vi tenker kanskje på andre steder enn det og det. Jeg er vokst opp i en tradisjon der maling ikke er godt for psykotiske mennesker, nei det blir bare utflytende og de blir bare verre av det,

og en masse sånne ting. Uten at jeg hadde spurt om det fines gode metoder innenfor malerverkstedet som også tar vare på psykotiske mennesker, som er samlet nok. Man må holde folk samlet, du må holde struktur, du må ha en pedagogisk tanke, du må kunne hente inn folk, du skal ikke drive med fortolkninger, masse slike ting.

Jeg hadde ikke spurt en gang før jeg var ute med piggene. Det vet jeg ikke helt i forhold til mine schizofrene bekjente. Men så sitter hun, kan det være noen, sitter hun som prosjektleder, kan det være noen som kan være aktuell for dette? Dette er lik positiv erfaring andre steder osv. Og så må vi begynne å tenke på det. Midt opp i alt det andre i hverdagen. Her er et tilbud, B. S. er en flink malerinstruktør, dette må vi benytte oss av, begynner vi å tenke etter hvert, men ikke til å begynne med. Men jeg hadde aldri kommet på det av meg selv. Hadde ikke kommet på et slikt tiltak av meg selv. Jeg hadde ikke begynt ut fra mitt initiativ, aldri i verden (psykiatrisk sykepleier).

Eksemplet viser at ved å komme utenfra står en friere, en er ikke preget av vante tankemønstre og forventninger til hvordan jobben skal utføres. En kan i større grad tilføre arbeidet noe nytt.

Hvordan utformet hun prosjektlederrollen, og hvilke oppgaver var viktig for henne som prosjektleder å prioritere?

Som vi så ovenfor var de lokale intensjonene lite spesifiserte og prosjektlederrollen hadde vide rammer å forholde seg til. I startfasen var prosjektleder i den situasjonen at hun var nyansatt, uten erfaring fra lignende arbeid, og skulle lede et prosjekt som ikke hadde klare rammer for hvordan prosjektet skulle utvikle seg. En annen faktor som ikke er tilstede når en kommer utenfra er at en mangler et nettverk som en kan benytte. I en slik situasjon er man som prosjektleder avhengig av andre i organisasjonen, både for å lære organisasjonen å kjenne og for å fange opp de forventninger som er i forbindelse med et slikt prosjekt. Nå har ikke prosjektleder fritt kunnet utforme prosjektlederrollen fordi den er avhengig av den konteksten og de rammer prosjektleder opererer innenfor. Rammebetingelsene har med andre ord påvirket utformingen av rollen.

De økonomiske rammebetingelsene har påvirket både retningen prosjektet skulle ta og prosjektleders arbeidssituasjon. Tilskuddet fra sentralt hold var øremerket til prosjektleder. For å skaffe midler til de ulike aktivitetene har prosjektleder søkt om økonomisk støtte gjennom ulike fond og offentlige utlysninger internt og eksternt. Innvilgede prosjektmidler for hele tre års perioden var 2,4 millioner, hvor kulturrådet har bidratt med til sammen 750 000. (Sluttrapport:8). Dette har vært en arbeidskrevende prosess som har beslaglagt mye av prosjektleders tid.

Også prosessen før en eventuell søknad er en viktig del av arbeidsmetoden i dette prosjektet. Fra en idé blir til en aktivitet er det flere faser idéen må gjennomgå. Først blir det opprettet en egen arbeidsgruppe tilpasset aktiviteten. En slik gruppe kan bestå av både ansatte fra andre avdelinger og fra frivillige organisasjoner. I denne fasen blir prosjektet utarbeidet og planlagt, både med tanke på lokaler, hvem som skal "drive" aktiviteten, hva innholdet skal være osv. For prosjektleder har det vært viktig at arbeidsgruppen har vært med fra starten av slik at de har fått et eget forhold til tiltaket. I denne prosessen var prosjektleders oppgave å koordinere arbeidsmøtene, søke om de nødvendige midler og lage budsjett. Som jeg kommer tilbake til senere i oppgaven, har denne prosessen også betydning for forankringsprosessen.

Sentralt for prosjektleder var med andre ord, å skaffe midler til delprosjekter, og å fange opp idéer til tiltak og koordinere arbeidet fra idé til ferdig delprosjekt satt ut i praksis. Ved å ta utgangspunkt i de ulike prosjektlederrollene som preget den nasjonale satsingen kan en si prosjektleders arbeid har vært preget av å være administratoren og dialog-tilretteleggeren (Baklien og Carlsson 2000:101ff.).

Siden hun formelt var den eneste ansatte i prosjektet, falt mange administrative oppgaver på henne. Innkalling til ulike møter med tilhørende referatskriving, rapportering og egevalueringer er noen av de administrative oppgaver som prosjektleder var ansvarlig for. I tillegg har hun hatt saksbehandlerfunksjoner som å søke om midler og sette opp budsjetter undersveis.

Å være en dialog-tilrettelegger var også viktig da prosjektet skulle knytte to sektorer noe som medfører samarbeid. Å få et samarbeid mellom to ulike felt til å fungere krever dialog mellom samarbeidspartene (Lauvås og Lauvås 1994). Å få to felt til å samarbeide krever en felles forståelse, og denne forståelsen dannes gjennom kommunikasjon og dialog. For at aktørene skal kunne ha en dialog må de ha en arena hvor kommunikasjonen skal kunne få utvikle seg. En god dialog krever videre at aktørene har mulighet til å delta aktivt i diskusjonene og sammen komme fram til en felles forståelse. Gjennom en god dialog med sentrale aktører fremmer det oppslutning om nye idéer til tiltak.

6.5 Velvillige politikere, en god legitimering?

For å få et prosjekt som Kultur gir helse iverksatt må det fra politisk hold være enighet om dette er noe bydelen bør satse på. I utgangspunktet har bydelen trange budsjetter hvor det ikke er et "overskudd" å ta fra ved løsning av ønskede oppgaver. For politikerne er det sentralt at det ikke koster noe. "Det er det vi politikere tenker på, vi tenker på hva ting koster, og at det når flest mulig brukere" (Daværende BU-leder).

Likevel hadde bydelsutvalget (BU) ingen motforestillinger med å ta en enstemmig avgjørelse på at dette var noe bydelen burde satse på. For politikerne ble prosjektet betraktet som en slags videreføring av det avsluttede Levende bydelsprosjektet.

Etter å ha vedtatt at Kultur gir helse var et prosjekt som verdt å satse på, kan politikerne best beskrives som fraværende. Dette kommer tydelig frem gjennom både kommunikasjonsstrukturen og mangel på engasjement i satsingen.

Kommunikasjonen mellom prosjektledelsen og BU har vært en enveiskommunikasjon. BU har blitt hold orientert om prosjektets utvikling både skriftlig gjennom referater og nyhetsbrev, og muntlig gjennom tilfeldige treff i korridorane.

BU vet hva som foregår, de blir informert, og jeg har vært å informert på bydelsutvalgsmøtene om prosjektet, pluss at vi er så heldige at det kontoret ved siden av er avsatt til lederen av bydelsutvalget. Så han treffer jeg stadig vekk ute på veranderen når vi tar oss en røyk. Han får litt informasjon den veien også, og så sender vi, jeg sender jo alltid nyhetsbrevene og rapportene som er laget (Prosjektleder).

Sitatet beskriver godt hvilket passivt forhold BU har hatt til satsingen. BU har verken fremmet eller hemmet arbeidet med prosjektet. Det som et slikt arbeid imidlertid sliter med, er å skaffe lokaler til de ulike aktivitetene. Bydelen er preget av få rekreasjonsområder (gjelder spesielt Frogner), og det er en dyr bydel med tanke på boligpriser. Å skaffe aktivitetshus har derfor vært et problem. Siden de oppgaver prosjektet gjør er blitt møtt med en ensidig positiv holdning fra BU sin side, skurrer det litt mot det faktum at politikerne ikke har vist den samme glød når det gjelder å skaffe egnede lokaler. En forklaring på det er økonomisk begrunnet, det er for lite penger på budsjettet. Samtidig kan det gi negative signaler til de som sliter med å få aktivitetene i "hus" og det kan oppfattes som at politikerne ikke er så opptatt av den typen arbeid når det kommer til et stykke.

6.6 Oppsummering

Intensjoner versus realiteter er et hovedfokus for oppgaven. Identifisering av bydelens intensjoner viser at bydelen hadde et utgangspunkt som var sammenfallende med de sentrale intensjonene, de sentrale intensjoner fungerte som ”uskrevne” delmål for den lokale satsingen. Formulering av de lokale intensjoner har vært en prosess som var preget av ”veien-blir-til-mens-vi-går”.

Prosjektets videre tilpasning til bydelen har vært en prosess påvirket av de kontekstuelle strukturene. Både den formelle organiseringen av prosjektet og ved implementeringen har den gamle organisasjonsstrukturen prosjektet skulle utformes i, vært retningsgivende. Prosjektet var plassert under en avdeling, noe som fremmet en lite byråkratisk arbeidsgang kommunikasjonsmessig. Videre var det i de gamle organisasjonsstrukturer en tverrfaglig kommunikasjonsstruktur som fremmet informasjonsarbeidet i startfasen.

De økonomiske rammebetingelsene har påvirket retning for prosjektet og har vært en faktor som både har vært hemmende og fremmende for prosjektet. Hemmende i den forstand at det har beslaglagt mye av prosjektleders arbeidstid, og vært korrigerende overfor hvilke delprosjekter som har vært mulig å gjennomføre. Samtidig har det fordret en kreativitet med å se koblingen mellom mulige prosjektmidler og mulig utforming av delprosjekt. Mangel på midler har i tillegg ført til et tett samarbeid mellom prosjektet og av PRO-avdeling i bydelen - prosjektet ble blant annet sett på som ett middel til å nå mål på PRO-avdelingens handlingsplan.

Prosjektleder kom utenfra uten erfaring eller bakgrunn fra kultur- eller helsesektoren. Hun hadde heller ingen erfaring fra prosjektarbeid i en bydelsforvaltning. Til tross for det ble hun betraktet som en flink prosjektleder som både hadde samarbeidsevner og idéer for prosjektutviklingen. Å komme ”ny” inn hadde den fordelen at idéutviklingen ikke var preget av gammelt tankegods fra bydelen – hun hadde et større handlingsrom som ikke var innskrenket av tanke og handlingsmønstre nedfelt i organisasjonen.

Politikerne har verken fremmet eller hemmet prosjektets gang. De har hatt en passiv innstilling hvor kommunikasjonsprosessen kun har vært formet av prosjektleder som har hatt en enveisdialog med bydelsutvalget.

Til sammen danner dette rammen for den samhandlingen som fant sted.

7 Samhandling i et prosjekt

Ovenfor har vi sett hvordan ulike prosesser har formet den konteksten prosjektet skulle implementeres i. Det var prosesser initiert både på sentralt hold, og på lokalt nivå. Desentraliseringen førte til en endring av oppgavesammensetningen i bydelen, samtidig som det har vært en økt fokusering på nærmiljøarbeid. Det nasjonale initiativ kan betraktes som et produkt av denne trenden.

Lokale forhold som har vært avgjørende for prosjektets utforming var blant annet økonomiske rammebetingelser. Vi har sett at mangel på prosjektmidler førte til et tett samarbeid mellom Kultur gir helse-prosjektet og avdeling for pleie, rehabilitering og omsorg. Dette samarbeidet var nedfelt i prosjektstrukturen. De strukturelle rammene rundt prosjektet tilsier at samarbeid på tvers av sektorgrensene var det tilrettelagt for.

I dette kapittelet vil jeg se på om dette var det eneste samarbeidet som oppstod gjennom prosjektet eller om også andre samarbeidsrelasjoner har oppstått i denne satsingen. Med andre ord vil jeg her se på i hvilken grad bydelen har lyktes med å innfri en av intensjonen med satsingen, å fremme det tverrsektorielle samarbeidet i bydelen. Det er også av interesse å se på hvorfor et eventuelt samarbeid har kommet i stand.

7.1 Eksempler fra bydelens satsing

Barna har ryddet barnehagen, en scene er provisorisk satt opp, og stoler på rekke og rad er stilt opp foran scenen. De minste stolene først, beregnet på små kropper, og de større stolene plassert bak og ved siden av de små. Garderoben har fått kleshengere til å holde kåper og frakker oppe. Langbordet er satt frem og dekket til kaffe, saft og vafler. Alt er ferdig, nå er det bare å vente på gjestene.

Stedet er Skillebekk barnehage og anledningen er "Kultur i Skillebekk Barnehage". Dette er et arrangement hvor barnehagen inviterer eldre fra Ruseløkka-Skillebekk eldresenter for en felles kulturell opplevelse. Barnehagen har invitert kunstnere til å holde en forestilling for store og små, for så la de eldre og barnehagebarna få ha en pratetund etterpå. Barnehagen har blitt et møtested mellom generasjoner hvor kultur er et bindeledd.

I historiske omgivelser på Norsk Folkemuseum, hovedbygningen, er temaet middelalderen. Innenfor dørene står det et langbord dekket med forfriskninger og noe å bite i, brus og potetgull. Trappen opp til annen etasje er sperret av med bånd og det er en spent forventning blant publikum. Administrasjonssjefen i bydelen ønsker velkommen og summingen avtar. Der etter er det kulturminister Åslaug Marie Haga som får æren av å høytidlig klippe over båndet og utstillingen erklæres for åpen.

To elever kledd i munkedrakter viser oss vei opp gjennom trappen og bort til første del av utstillingen. Der henger det malerier som viser historiske episoder fra middelalderens Oslo. To elever forteller oss historien bak maleriene, og vi blir nøye forklart de ulike malerteknikker som er benyttet. Fra taket henger det to store skulpturer hvor den ene viser Midgarsormen og Tor

med hammeren og den andre er Kjærlighetsgudinnen Frøya. Omvisningen går videre forbi en vegg full av glassmalerier som illustrerer historiske tilbakeblikk fra middelalderens kirkekunst og – liv. Rundturen avslutter med tre selvlagete figurer kledd i tidsriktige hverdagsklær, og tre elever i tilsvarende klesdrakt fremfører et lite skuespill som blir avsluttet ved at publikum blir jaget ned igjen av ”svartedauen”. Omvisningen er over.

Dette er et resultat av et samarbeidsprosjekt mellom bydel 1 ved avdeling for Nærmiljø og sosiale tjenester, Norsk Folkemuseum, Bygdøy skole og Deichmanske filial Majorstuen, kalt ”En reise gjennom 1000 år”. Målet med dette delprosjektet var å bruke barn og unges kunnskap for å finne metoder for å aktualisere kunst og kultur for andre unge. Prosjektet startet opp september 1998 og avsluttet juni 2000.

Begge eksemplene er delprosjekter som er kommet i stand gjennom Kultur gir helse-satsingen, og viser bare litt hvor ulike tiltak prosjektet har resultert i. Til sammen har bydelen iverksatt 28 ulike delprosjekter hvor noen har pågått gjennom hele prosjektperioden, mens andre har vært engangstilfeller. Delprosjektene har henvendt seg til ulike målgrupper, alt fra en konkret definert gruppe til å gjelde hele bydelens beboere.

Eksemplene viser også at det har vært noen former for samarbeid som kan knyttes opp mot Kultur gir helse-prosjektet. Men hvordan har dette samarbeidet oppstått og hvorfor? Hvorfor har de ulike samarbeidspartene et ønske om å samarbeide?

7.2 Samarbeid innen bydelsforvaltningen

Tanken med å koble kultur og helse var å få en utvidet forståelse av helsebegrepet. Innen en slik tankegang skulle en person ikke bare betraktes ut fra en diagnose, men også positive ressurser ved personen skulle stimuleres, i tråd med helsebegrepet beskrevet i kapittel 5.2. Gjennom en slik utvidelse av helsebegrepet ble det åpnet opp for at andre yrkesgrupper enn de tradisjonelt helserelevante gruppene kunne arbeide med helsefremmende oppgaver. Samarbeid på tvers av avdelinger og med sektorer innen bydelsforvaltningen, og med frivillige organisasjoner og ildsjeler, var relasjoner man håpet sentralt at prosjektet skulle resultere i.

Tverrfaglig samarbeid er et begrep som i stadig større grad blir benyttet både innen offentlig og privat virksomhet. Spesielt innen klientrettet virksomhet er tverrfaglig virksomhet blitt fokusert på. Innen litteraturen er det to hovedargumenter for samarbeid mellom etater og sektorer (Lauvås og Lauvås 1994, Repstad 1993). Det ene har sitt utspring i ønske om bedre ressursutnyttelse, samarbeid er ønskelig ut fra økonomiske hensyn i og med det offentlige i dag har snevre rammer for sin virksomhet. Det andre argumentet er brukerargumentet. Det blir enklere for brukeren å forholde seg til det offentlige hvis tjenesten er samordnet.

Samtidig som argumentene taler for samarbeid på tvers av sektorer er det et felt som er problemfylt. Nesten like ofte som uttrykket ”tverrfaglighet” forekommer blir det understreket hvor vanskelig det er å få etablert et samarbeid på tvers av sektor-, organisasjons-, profesjons- og faggrenser (Lauvås og Lauvås 1994). Innen prosjektlitteraturen finner en eksempler på at det kan være vanskelig å få folk til å ønske samarbeid. Mange har forklart manglende tverretatlig samarbeid med konkurranse, prestisje og profesjonsinteresser i tillegg til manglende villighet til prioritering (Tellefsen 1993).

Vi så i kapittel 6.3 at ressursknapphet var en sentral faktor for samarbeid. Mangel på økonomiske midler førte til et tett samarbeid mellom Kultur gir helse-prosjektet og avdeling for pleie, rehabilitering og omsorg (PRO-avdelingen).

Prosjektleder for Kultur gir helse var i utgangspunktet den eneste som var ansatt for å drive prosjektet. For å få fanget opp behov og idéer til delprosjekter, og for å få de planlagt og

iverksatt var prosjektleder avhengig av andre. Selv om prosjektet gjennom organiseringen i stor grad var knyttet opp mot PRO-avdelingen var det behov for også å samarbeide med andre avdelinger for å få gjennomført prosjektet.

”Malerverksted for voksne”, et tilbud for personer med psykiske lidelser, illustrerer hvordan samarbeid er nødvendig mellom ulike instanser i forvaltningen og tjenesteytingen for å få arrangementet opp å stå. Malerverkstedet er et fast tilbud som går en gang i uken for maksimalt seks deltakere. Selv om gruppen er liten og det er avsatt en fast dag til verkstedet trengs det stor koordineringsvilje for å få det til å fungere.

For det første må det finnes et lokale hvor verkstedet kan foregå. Aktivitetshuset Niels Juels gate 46, et aktivitetshus disponert av Bygdøy-Frogner bydel, hadde lokaler som Kultur gir helse-prosjektet kunne benytte til denne typen arrangementer. Daglig leder for aktivitetshuset var sentral i koordineringen.

Etter å ha skaffet lokaler var det å fylle kurset med brukere. I og med brukergruppen var voksne med psykiske lidelser var det å få brukerne til å møte opp på malerverkstedet en tidkrevende prosess. Psykiatriske sykepleiere hadde den krevende oppgaven med å motivere brukerne til å møte opp. Noen hadde behov for å bli fulgt helt til døren for så å bli presentert for malerinstruktøren. Malerinstruktøren var ansvarlig for den faglige delen og driften av verkstedet.

Dette illustrerer behovet for samarbeid og koordinering for å få gjennomført et delprosjekt. Ved å se nærmere på hvem som måtte samarbeide for å få gjennomført de andre delprosjektene vil en finne det tilsvarende, flere ulike instanser måtte koordineres fra idé ble satt ut i livet og ble til et Kultur gir helse-delprosjekt.

Delprosjekter som det tidligere nevnte ”Kultur i Skillebekk Barnehage”, har også vært avhengig av stor koordineringsvilje fra flere instanser. Samlingene er sporadiske, i løpet av 1 ½ år ble det holdt seks arrangementer. Lokalene som ble benyttet var barnehagen. De eldre måtte fraktes dit og det ble leid inn profesjonelle kunstnere, forskjellige fra gang til gang. For å få midler til arrangementet har prosjektleder søkt om midler eksternt. Så for å få dette prosjektet gjennomført har ledelsen ved eldresenteret, ledelsen ved barnehagen, kunstnere og prosjektleder hatt et tett samarbeid.

7.2.1 Det nyttige samarbeid

Foran ble det vist til litteraturen som viser at samarbeid kan være et problem, og å få de ulike aktørene motivert til et samarbeid var en av utfordringene prosjektledelsen stod overfor. For prosjektleder var samarbeid en nødvendighet for å få iverksatt delprosjekter. For de andre ansatte i bydelen kom Kultur gir helse-prosjektet som noe ekstra i en ellers travel hverdag. Hvorfor var de interessert i et samarbeid?

Mye av forklaringen ligger i hvor utspringet og idéene til delprosjektene kom fra. Gjennom Kultur gir helse-prosjektet har flere aktører og avdelinger fått anledning til å realisere oppgaver som enten har sitt utspring i udekte behov eller ønsker fra aktørene selv.

Ved å gå tilbake til domenebegrepet ser vi at det er lettere å få til samarbeid mellom enheter som kan utfylle og utnytte hverandres kompetanser og som kan betjene samme klientgruppe med flere tilbud samtidig (Knudsen 1993). De ulike samarbeidspartene har sett at de kan bruke Kultur gir helse-prosjektet til å tilby samme klientgruppe flere tilbud enn hva de hadde kunnet uten prosjektet. Domenekompabilitet innebærer muligheter for økt totalytelse, altså en positiv samhandlingsgevinst.

Som tidligere nevnt var det før prosjektstart etablert en informasjonskanal i bydelen, Levende bydels-møtene, som skulle fremme samarbeid på tvers av avdelingene. Via denne kanalen

kunne prosjektleder fange opp signaler om hva som kunne være aktuelle delprosjekter og få i stand et samarbeid for å få realisert idéen.

Ovenfor ble det beskrevet hvor sentralt det er med flere aktører for å få iverksatt et delprosjekt. For flere av delprosjektene ble slike samarbeidsgrupper organisert i ad-hoc arbeidsgrupper. Å drive prosjektet med bare de som var involvert gjennom prosjektstrukturen hadde ikke gått. Det var behov for flere ulike yrkesgrupper og ulike former for ekspertise for å få delprosjektene opp å stå.

Et slikt samarbeid var ikke bare en nødvendighet for iverksettelsen av delprosjektene, det var også et viktig ledd i en informasjons- og spredningsfase. ”For mitt formål er på en måte ikke å drive alt selv, men på en måte å stimulere andre også til å tenke forebyggende, mer aktivt nærmiljø, mer deltakelse” (Prosjektleder).

Samarbeidet innen bydelsorganisasjonen har med andre ord rot i lokale idéer og behov. Gjennom Kultur gir helse-prosjektet har det vært en mulighet for andre for å få realisert sine egne arbeidsoppgaver på nye måter. Motivasjonsgrunnet ligger i at nytten av samarbeidet er klart for alle parter. Prosjektet er idéer som kommer utenfra, men som er blitt formet av behov innenfra, hvor en dermed ser nytten av et samarbeidet.

Samarbeidet rundt det enkelte delprosjekt er forankret i en gjensidig avhengighet, partene har noe å gi samtidig som de fikk løst egne oppgaver.

7.2.2 Samarbeidspartnere med tillit til hverandre

I følge Knudsen (1993) er, i tillegg for muligheten for reel nytte av samarbeidet, tillit mellom partene de avgjørende komponentene for å lykkes med å få igang et tverrfaglig eller tverretattlig samarbeid.

Foruten å ha nytte av et samarbeid blir det sentralt at det er tillit mellom samarbeidspartene. Den enkeltes evne til å samarbeide med andre ut fra disse premissene er det som i praksis er avgjørende (Knudsen 1993). Er det domenekompabilitet til stede innebærer dette mindre fare for konfrontasjon og konflikt slik at det vil være lettere å bygge opp tillit.

Flere av aktørene i prosjektet uttrykket nettopp at tillit var noe som var viktig for deres engasjement i Kultur gir helse-prosjektet. Denne tilliten ble først og fremst rettet mot prosjektledelsen. Prosjektet ble betraktet som et positivt supplement til bydelens arbeid. Det var stor enighet om at Kultur gir helse-prosjektet falt inn under bydelens arbeid og helsepolitiske målsetninger. Det i tillegg til prosjektleder sitt engasjement og arbeidsiver var avgjørende komponenter for den legitimitet og tillit som prosjektet møtte.

Så langt har vi sett at samarbeid innad i bydelsforvaltningen har oppstått gjennom Kultur gir helse-prosjektet. Dette samarbeidet har i stor grad vært vellykket noe som kan forklares med at samarbeidspartene både har sett nytten av samarbeidet, og at de har tillit til hverandre at samarbeidet vil fungere og være fruktbart.

7.2.3 Ikke bare idyll

Imidlertid var ikke alt bare idyll når det gjaldet det tverrfaglige samarbeidet. Mye nytt samarbeid har kommet i stand, men kritikken som har blitt rettet mot samarbeidet går på varigheten. Samarbeidet er rettet inn mot konkrete delprosjekter og ikke som tanke på noe varig tverrsektorielt samarbeid. I og med samarbeidet har preg av å være en enkel transaksjon har denne måtte være til gjensidig fordel for begge parter. Det sentrale har vært at partene har noe å gi samtidig som de har behov for å ta i mot, uten at samarbeidskonstellasjonen har fått en varig karakter.

Deltakerne må se nytten av samarbeidet, og å samarbeide for å få gjennomført et spesielt delprosjekt ligger nytten opp i dagen. Å skulle fortsette samarbeidet utover det sier seg selv ikke er nyttig. Fordelen en sitter igjen med etter et slikt samarbeid er at en er blitt kjent med hverandre og vet hvem som man ved en senere anledning kan kontakte for eventuelt et nytt samarbeid. De ansatte har fått større innblikk i hva som skjer på de andre tjenestestedene, og de kjenner til de personer som jobber der. Dersom der skulle vise seg nyttig igjen, vil de vite hvem de skal ta kontakt med. De vil vite hvem de skal forholde seg til, og den første barrieren mot å ta kontakt vil være brutt. Er en barriere først brutt er det enklere å få i stand et nytt samarbeid på senere tidspunkt om det skulle være behov for det. Med andre ord vil motivasjonen for et nytt samarbeid være styrket.

Et annet problem tverrsektorielt samarbeid møter er sterke revirgrenser. Å skulle la andre arbeide innenfor sitt eget felt kan skape problemer, ”det er mye enklere å jobbe innenfor hver sitt område” (avdelingsleder). Interessekonflikter, prestisje og profesjonsinteresser er faktorer som påvirker ens manglende interesse for å slippe andre inn på ens område (Tellefsen 1993). En yrkesgruppe som det har vært vanskelig å få med i prosjektet er primærlegen. Siden primærlegen ofte er den første som er i kontakt med pasientene kan det være en ulempe at de ikke vet hvilke tilbud som tilbys gjennom Kultur gir helse-prosjektet. Dette kan registreres gjennom en hvis frustrasjon over manglende samhandling med legene, som en sentral aktør uttrykket det: ”Hvert fall primærlegene da, som har veldig mange med psykiske lidelse, og det er ofte de som de går til først. Hvis de ikke vet hvilke type tilbud som finnes, så kan det tenkes at de sender de til feil sted, og ikke sender dem til noen steder. Så går de å virrer rundt i bydelen.”

Revirgrensene overfor legene har i denne sammenhengen virket vanskelig å overkomme, noe som delvis kan forklares gjennom legenes manglende representasjon gjennom organisasjonsstrukturen.

Når flere sektorer skal arbeide med samme sak og krysse revirgrenser er spørsmålet om hvem som eier delprosjektene sentralt. Et eksempel illustrerer hvilke uenigheter et uklart eierforhold kan resultere i. ”Tverrfaglig kurs; systemisk samhandling” var et kurs myntet på ansatte som arbeider med psykiatriske pasienter for å bedre kompetansen og det tverrfaglige samarbeidet. Planlegging og gjennomføring av kurset var et resultat av samarbeid mellom leder for avdeling for pleie, rehabilitering og omsorg (PRO-avdeling), leder for avdeling for nærmiljø og sosiale tjenester og prosjektleder. Ved hjelp av midler fra OU-fondet (Opplærings og utviklingsfondet i Oslo kommune) ble delprosjektet en realitet.

Parallelt til prosjektleders arbeid med delprosjektet planla 1. linjetjenesten et tilsvarende kurs ut i fra at det stod på deres rammeplan. Resultatet var en synliggjøring av sviktende kommunikasjon nedover i systemet. Tidligere har vi sett at kommunikasjonen på tjenesteledernivå var organisert gjennom Levende bydels-møtene. Imidlertid er det ikke etablert en tilsvarende kanal nedover i egne rekker. ”Det er veldig nivårettet innenfor vår sektor” (Pro-avdelingen).

Hvem skulle ”eie” prosjektet var et annet problem. Begge parter følte at det var deres prosjekt. Resultat var at det ble betraktet som et Kultur gir helse-prosjekt med de følgene at 1. linjetjenesten følte seg overgått. Eksempelet illustrerer at skal samarbeid bli akseptert er kommunikasjon en viktig faktor.

Kommunikasjon var også metoden problemet med revirgrenser ble møtt med. Kommunikasjonsprosessen i det tverrfaglige samarbeidet har to hovedfunksjoner. For det første å gi relevant informasjon til de rette personene slik at faglig kunnskap kan integreres og hensiktsmessige beslutninger kan treffes. Dette er det faglige og arbeidsmessige aspektet ved kommunikasjonsprosessen, redskaper som brukes for å virkeliggjøre målene. For det andre er

det å medvirke til en sosial interaksjon mellom deltakerne slik at kommunikasjonen får organisasjonen til å fungere som en sosiale enhet (Lauvås og Lauvås 1994:156).

Ved å bedre kommunikasjonen nedover i systemet fikk deltakerne en bedre forståelse for hva og hvorfor ting ble som det ble, og ved å bli integrert fikk deltakerene et annet forhold til samarbeidet.

Selv om samarbeid gjennom delprosjektene har hatt noen positive effekter, er det å bryte revirgrenser et tilbakevendende problem:

Ja, vi merker det på flere samarbeidsområder at vi er kommet litt lenger. Men så kan det komme nye. Så kommer det nye mennesker da, ikke sant, det er jo skifte. Så er det å begynne på nytt igjen da. Jeg føler noen ganger at jeg blir møkka lei disse fagfolka. Enten førskolelærere eller sosionom, eller hva det nå er altså. For det har noe med utdanningen å gjøre og hele pakka, man eier sitt fagfelt. Det er litt trist (avdelingsleder).

7.2.4 Samarbeid og perspektivskifte

Vi har sett at ulike faggrupper har hatt et samarbeid for å få iverksatt ulike delprosjekt. En fare for et slikt samarbeid er at det får mer karakter av flerfaglighet enn av tverrfaglighet. Får et samarbeid mer preg av å være flerfaglig vil det si at man arbeider mer side om side enn sammen. Får arbeidsprosessen et slikt preg vil også kommunikasjonsprosessen være påvirket av arbeidssituasjonen. Man har som utgangspunkt sitt eget ståsted, og kommuniserer med andre ut fra deres ståsted. I en slik situasjon er det fare for at kommunikasjonen blir preget av ulike perspektiv i stedet for et samlet perspektiv.

Å få et samarbeid til å fungere tverrfaglig i stedet for flerfaglig vil si at aktørene må få et felles perspektiv som utgangspunkt for satsingen. Et slikt perspektivskifte innebærer blant annet at tankene rundt sykdom og behandling endres – tanker og holdninger som tjenesteyterne måtte ha. Selve satsingen skulle i seg selv bidra til en perspektivendring gjennom en utvidelse av helsebegrepets betydning, noe som skulle implisere både helsearbeidere og kulturarbeidere i et felles samarbeid. Dette er en tosidig prosess hvor både helseprofesjonene må få overført perspektiver og kunnskap fra de som arbeider mer kultur- og aktivitetsorientert. Og folk innen kultur- og aktivitetsprofesjonene trenger forståelse for og kunnskap om helsesektoren og dens brukere.

Ovenfor så at samarbeid på tvers av yrkesgrenser og sektorgrenser var en nødvendighet for å få iverksatt de ulike delprosjektene. Yrkesgrupper som før prosjektet ikke hadde noe samarbeid, har gjennom prosjektet samarbeidet med andre yrkesgrupper på en utradisjonell måte. Det vil si at yrkesgrupper som fra før av ikke hadde noen kontakt med hverandre, har nå et tett samarbeid om den samme brukergruppen.

Å endre tanker og holdninger innen et arbeid en gjerne har holdt på med noen år, sier seg selv vil ta tid, og kan møte motstand.

Jeg var når jeg kom til bydelen en institusjonalisert sykepleier på mange måter. Jeg var ikke vant til å jobbe med utgangspunkt i folks hjem. Hjemmet er liksom den enkeltes arena. Og det er vi som er gjester, hjelpere. Og det at gammelt tankegods henger igjen hos meg har nok preget min første tid som en del av prosjektet også vil jeg si. Tenker jeg nærmere etter så er ikke min kritiske skepsis bare bra. Kan jo også ha en sånn holdning at jeg er enig i at vi skal starte opp ting, samtidig har jeg en slik holdning at går nå det da? Litt der. Egen skepsis kanskje som hemmende faktor. Som jeg helt bestemt knytter tilbake til hvilken kultur som jeg har gått i som fagperson på institusjon og sykehus (psykiatrisk sykepleier).

Erfaring som de ulike aktører har tatt med seg inn i prosjektet viser seg å være både en fordel og en ulempe. Er holdningene og tankene rundt en spesiell behandlingsform motstridene i forhold til det en håpet på å oppnå med prosjektet kan det virke som en buffer for prosjektet.

Ovenfor så vi at kommunikasjon har to funksjoner. For det første skal det sørge for en god og relevant informasjonsstrøm, og for det andre skulle det integrere samarbeidspartene og danne en samarbeidende enhet. Vi har også sett at aktørene både har hatt nytte av samarbeidet og har opparbeidet en tillit til hverandre underveis.

Gjennom et perspektivskifte har aktørene fått samme plattform å stå på, et godt utgangspunkt for et tverrsektorielt samarbeid. Overført til Knudsens (1993) terminologi kan en si at ideologisk kompatibilitet ble oppnådd etter hvert i prosjektet. De ansatte fikk over tid, i noen tilfeller kort tid, en felles forståelse og en felles oppfatning for hvordan det aktuelle delprosjektet skulle best mulig gjennomføres.

Som en motvekt til en slik buffer som ulike perspektiver var, hadde prosjektet den fordel at det har hatt tid. Det har vært tid til å prøve ting.

Vi har kommet frem til at tid er viktig igjen altså. Etter hvert som vi har jobbet sammen, har vi gitt oss selv tid til å si det: vi må gi oss tid til å få erfaring. Hvis erfaringen er negativ så er ikke det bortkastet. Da er det erfaring som vi trenger, det har vi snakket ofte om. Det er erfaring vi trenger videre (psykiatrisk sykepleier).

Tidsperioden som var satt av til prosjektet, tre år, var en positiv faktor for prosjektet. Å få medarbeidere til å tenke nytt rundt den samme målgruppen tar tid. Å skulle sette til side tidligere akkumulert kunnskap og erfaring og prøve noe nytt som en nyutdannet og nyansatt sosialantropolog foreslår er en tidkrevende prosess. Imidlertid har de iverksatt nye delprosjekt helt fra prosjektstart av uten for mye motstand.

Forklaringen på det kan blant annet være den holdningen og innstillingen både prosjektledelsen og det administrative apparat hadde til prosjektet. Ingen erfaring var uønsket erfaring. Selv negativ erfaring er viktig å oppnå, spesielt da prosjektet har vært preget av en ”vi-prøver-så-får-vi-se”-holdning. ”De har prøvd mange ting som kanskje har falt litt ned, selv om en må prøve ting så er det ikke alt som går” (administrasjonssjef).

Holdningen bydelsadministrasjonen har til prosjektarbeid er viktig i forhold til hvor fritt prosjektleder kunne arbeide med prosjektet. Det var lov til å prøve ut nye idéer, noe som også preget de samarbeidskonstellasjonene som oppstod underveis.

7.3 Ildsjeler, interesseorganisasjoner og andre

Ovenfor så vi at samarbeid mellom ulike etater og avdelinger innad i bydelsforvaltningen ble realisert. Spesielt når dette samarbeidet var knyttet opp mot et spesielt delprosjekt. ”En reise gjennom 1000 år”, det tidligere nevnte delprosjektet, viser også at andre instanser utenfor bydelsadministrasjonen ble trukket inn i prosjektet. Norsk Folkemuseum, Bygdøy skole og Deichmanske filial Majorstuen er aktører som har blitt introdusert og presentert for et samarbeid gjennom Kultur gir helse-satsingen.

I likhet med de andre samarbeidskonstellasjonene som oppstod underveis i prosjektperioden, er dette samarbeidet knyttet opp til et konkret delprosjekt og varte bare i den perioden delprosjektet pågikk.

Det tverrsektorielle samarbeidet skulle også omfatte frivillige organisasjoner og ildsjeler. Dette var det tatt høyde for i prosjektets organisasjonsstruktur gjennom referansegruppen (se kapittel

6.2.1) hvor ulike interesseorganisasjoner var representert. De strukturelle ordningene (Martinussen 1984) har fra prosjektstart av vært tilrettelagt for et samarbeid med representanter fra lag og organisasjoner i bydelen. Samarbeidet og kommunikasjonen med referansegruppen har imidlertid ikke fungert slik man i utgangspunktet hadde planlagt. Hva som er grunnen til det er flere.

En forklaring kan være hvilket forhold organisasjonene hadde til Kultur gir helse-prosjektet. Kommunikasjonsstrømmen har i hovedsak gått fra prosjektledelsen til frivillige organisasjoner. I de fleste tilfeller har de frivillige blitt forespurt om de ville delta, de har i liten grad henvendt seg med idéer til delprosjekter selv. Hvorfor kommunikasjonen har utviklet seg slik i prosjektperioden kan forklares med tidsperspektivet. Prosjektledelsen følte de brukte for mye tid på å informere om Kultur gir helse-prosjektet, en prosess som var tidkrevende men som ga få resultater. Å finne en felles tid, en felles arena, hvor både de ansatte og representanter for interesseorganisasjonene kunne møtes har vært, og er, en utfordring for bydelen.

Det har heller vært slik at vi har tatt kontakt med de frivillige lag og organisasjoner når vi har sett at her er det et tiltak. Har dere lyst til å være med på det? I stedet for å bare være med på nye møter og nye møter, hvor vi har forklart hva vi har gjort og så kommer det nye til, og nye til som er vikar for den, som er vikar for den som ikke har peiling, og så må vi forklare på nytt, og på nytt, og på nytt igjen. Det ble så tungvint, vi brukte så mye tid på det. (avdelingsleder).

Dokumenter som egenrapportering og nyhetsbrev viser også til en situasjon hvor det er få aktiviteter hvor frivillige lag og organisasjoner har vært med som ansvarlige for en aktivitet. Som vi så var blant annet en vanskelig kommunikasjonssituasjon en forklaring på hvorfor samarbeid med frivillige lag og organisasjoner ikke så lett lot seg gjennomføre.

Et annet moment med samarbeid, og da spesielt i iverksettingsfasen, er dannelsen av nettverk sentralt (Røiseland 99, Knudsen 94). Å danne nettverk på tvers av organisasjonsgrenser er letter om en kjenner eventuelle samarbeidspartnere fra før. Dette er jo en av de fordelene det samarbeidet som har oppstått gjennom prosjektet har ført med seg, det blir letter å ta kontakt igjen. Som nyansatt i bydelen var dette en av de handicapene prosjektleder hadde. Hun kunne ikke spille på et etablert nettverk, verken innenfor bydelsorganisasjonen eller med interesseorganisasjoner i omgivelsene. Hun måtte bruke de etablerte nettverksstrukturene som var tilgjengelig.

Innad i bydelen var denne kanalen etablert ⁵, men i forhold til interesseorganisasjonen var ikke dette den tilsvarende situasjon. Kontakten mellom bydelen og organisasjonene var preget av sporadiske møter og samarbeid.

Et annet moment som i første øyekast gir inntrykk av at det var et grunnlag for et samarbeid mellom frivillige organisasjoner og bydelen var oppgavefordelingen i bydelen. I kjølvannet av desentraliseringsprosessen (se kapittel 4.1) var store mengder av bydelens ressurser bundet opp mot helserelaterte oppgaver. Lite var avsatt til kunst og kultur. For å få dekket opp kulturbiten måtte bydelen velge mellom å la de ansatte være kulturelle formidlere eller å la profesjonelle kunstnere være formidlerne.

Vi har sett at for prosjektledelsen var det viktig at det var profesjonelle kunstnere som var kulturelle formidlere i prosjektet (se kapittel 5.1). Ved behov, som for eksempel på Malerverkstedet og Kulturkaféen, har profesjonelle kunstnere blitt innleid. Disse kunstnere har i stor grad vært selvstendige kunstnere og representere ikke noen organisasjon. Noen spesiell

⁵ Da tenker jeg på Levende bydels-møtene og det nettverket som er dannet på grunnlag av den møtestrukturen. I denne strukturen var det også plass for frivillige organisasjoner, men i praksis ble ikke det alltid fulgt opp. Noe som kan forklares ved at representantene for de frivillige organisasjonene ofte har arbeid ved siden av slik at det blir en prioriteringssak om man har tid til å delta på møtene eller ikke. NIBR-notat 2001:114”

tilknytning til bydelen representere de heller ikke. De er leid inn for å dekke behovene ved de ulike delprosjektene. Et aspekt prosjektleder har vært bevist på gjennom hele satsingen, er at det kulturelle innslaget ikke var noe helsepersonellet selv skulle ha ansvaret for.

Til tross for at det har vært en vanskelig prosess å få til et samarbeid med frivillige lag og organisasjoner, vil et par delprosjekt representere et unntak.. Det er delprosjekt hvor interesseorganisasjonene var med og hadde ansvaret for gjennomføring og drift av aktiviteten. Et eksempel er arbeidet med Kultur og nærmiljøkartene. Til sammen er det laget to slike kart, et over Frogner og et over Bygdøy. Hensikten med kartene er å bedre tilgjengeligheten og identiteten til bydelens kultur- og nærmiljøtilbud og bydelsforvaltningens tjenestetilbud. I dette arbeidet var Bygdøy/Frogner Kultur- og historielag involvert.

En annen gruppe som det skulle gjøres rom for i satsingen var ildsjelene. En forutsetning for om et prosjekt skal lykkes er samarbeid (Jessen 1998). Uten drivkraften ildsjelene ofte har for å få iverksatt og drevet noe fremover ville en del av tiltakene aldri vært iverksatt. Samarbeidet har ofte vært avhengig av at spesielt interesserte har hatt idéer og tatt initiativ til oppstart av delprosjekter. Ved å se på hvor en finner ildsjelene, hvem de er, så finner en at de er ansatte i bydelsforvaltningen. Ildsjelene i bydelsforvaltningen har sett at de kan bruke Kultur gir helseprosjektet ved hjelp av prosjektleder for å få realisert tanker og ønsker de har syslet med.

”Norsk Erindringscenter” representere et unntak.. Det er et tilbud hvor de bruker erindring som metode for å iverksette meningsfulle aktiviteter for friske og syke eldre. Initiativtaker og leder for ”Norsk Erindringscenter” vil best kunne beskrives som en ildsjel. Dette er imidlertid ikke et tiltak som kom i stand på grunn av Kultur gir helseprosjektet, men som ble overført og knyttet opp til prosjektet underveis.

7.4 Oppsummering

I dette kapittelet har vi sett at det har forekommet samarbeid som ikke var tilstede før prosjektstart. Både samarbeid og koordinering har vært viktig for å få noen av delprosjektene opp å stå. I organisasjonsstrukturen var både frivillige organisasjoner og to av bydelens fire avdelinger representert i tillegg til bydelens administrasjonssjef.

Med en organisasjonsstruktur som representerte i seg selv flere fag og gikk på tvers av de etablerte avdelingsgrensen var det umiddelbare inntrykk at et samarbeid på tvers ikke burde by på noen stor utfordringer. I tillegg var det fra et tidligere prosjekt dannet en møtestruktur som fremmet et samarbeid internt i bydelsorganisasjonen. Det lå med andre ord til rette for samarbeid både på kryss og tvers. De strukturelle ordningene (Martinussen 1984), prosjektorganisasjonen, tilsa at et samarbeid på tvers av avdelingsgrenser burde møte på liten motstand siden det allerede var dannet en arena rettet inn mot denne typen samarbeid. I tillegg så de ulike samarbeidspartene at det var nyttig også ut fra egeninteresser. Egne idéer har blitt realisert og oppgaver ble løst på nye måter.

I tillegg til at det har vært strukturer som har muliggjort et tverrsektorielt samarbeid har det vært noen kulturelle ressurser i bydelen som tilsa at å arbeide på tvers og prøve nye samarbeidsmønstre var mulig. Samarbeidet har vært preget av både nytte og tillit mellom partene. Prosjektet ble betraktet som et positivt supplement til bydelens arbeid og helsepolitiske målsetninger. Tidligere erfaring fra tverrsektorielt arbeid i bydelen var en motivasjonsfaktor for å prøve nye samarbeidsformer. Gjennom Levende bydelsprosjektet erfarte aktører i bydelen at tverrsektorielt samarbeid var noe de kunne lykkes med. Dermed var det å få til samarbeid på tvers av sektorrensene noe aktørene var motivert for og hadde tidligere kunnskap om.

Imidlertid er det ingen regel uten unntak. Det samarbeidet som har oppstått underveis i prosjektet har vært rettet inn mot konkrete delprosjekter og ikke som tanke på et varig

tverrsektorielt samarbeid. Nytt av det samarbeidet som oppstod ligger i gjennkjennelsesfaktoren. Ved et eventuelt nytt samarbeid vil de ulike partene vite hvem de skal forholde seg til, de vil vite hvem de skal kontakte og de første barrierene for samarbeid er brutt. Ved at en første barriere for et eventuelt nytt samarbeid er brutt, kan det motivere aktørene til å ta kontakt igjen.

Et annet problem som en ofte støter på ved tverrsektorielt samarbeid er å bryte med revirgrensene. Selv om prosjektet har ført til ulike samarbeid er det å bryte med revirgrensene et tilbakevendende problem. Ved nyansettelser er man ofte tilbake til utgangspunktet, og egne fag har sine egne verdier og disse tar en med seg, noe som tilsier at handlingspremissene er varierende og personavhengig. Underveis i Kultur gir helse-prosjektet har man ikke hatt så store utskiftninger internt i bydelen slik at det har vært noe stort problem.

Samarbeidet med frivillige organisasjoner og ildsjeler var en samarbeidsstruktur som ikke har fungert like bra i bydelen. Selv om de strukturelle ordningene (Martinussen 1984) tilrettela et slik samarbeid gjennom prosjektorganisasjonen, ble ikke dette fulgt opp. Forklaringen på et manglende samarbeid med frivillige lag var en vanskelig og tungvint kommunikasjonsstruktur. Frivillige lag og organisasjoner har ikke helt falt utenfor satsingen, men innen det tverrsektorielle samarbeidet har falt litt i bakgrunnen. Frivillige lag og organisasjoner er i større grad knyttet opp mot enkelthendelser og aktiviteter som kun gikk en eller noen få ganger.

8 Samhandling med brukerne i prosjektet

Kultur gir helse-prosjektet har klart å samhandle på det organisatoriske plan når det har vært knyttet opp mot konkrete delprosjekter. Det som ikke har vært like blomstrene er samarbeidet med interesseorganisasjoner og frivillige lag. Innen de rammer prosjektet handlet skulle det også gjøres rom for en samhandling mellom brukerne av prosjektet og tjenesteyterne. En sentral intensjon fra Nkr sin side var at ”aktuelle brukargrupper blir trekte inn i arbeidet allerede i planleggingsprosessen”.⁶ Dette kan en knytte opp mot satsingen på nærmiljøarbeidet omtalt i kapittel 4.2. Sentralt for nærmiljøarbeidet var at beboerne i et avgrenset område skulle trekkes mer med i planleggingsprosesser slik at medvirkning fra beboerne skulle stimuleres. I hvilken grad det var en måte å arbeide på i bydelen og eventuelt hvem av beboerne som hadde et samarbeid med bydelen kan ha innvirket på brukernes medvirkning i Kultur gir helse-prosjektet.

Hva som ligger i begrepet brukermedvirkning kan defineres og drøftes. I kapittel 3 så vi at det sentrale er at det oppstår en relasjon mellom tjenesteyterne og brukerne, en relasjon som er bygget på dialog (Adams 1996).

I dette kapittelet vil jeg se på hvordan samhandling mellom tjenesteyter og bruker er blitt behandlet. Hvor viktig det var for prosjektledelsen å satse på dette feltet, og hvordan en eventuell brukermedvirkning ble gjennomført vil jeg se nærmere på her.

8.1 Samhandlingsbetingelser for brukermedvirkning

En intensjon Norsk kulturråd håpet deltakerkommunene ville følge opp var å trekke brukerne med inn i prosjektet. Som vi har sett (i kapittel 6.1) ble ikke brukermedvirkning en nedskreven delmålsetting i bydelen. Imidlertid viser intervjuer og dokumenter at brukermedvirkning har vært sentralt for Kultur gir helse-prosjektet i Bygdøy-Frogner bydel. Der hvor det har latt seg gjøre har brukerne fått anledning til påvirke aktivitetenes forløp på en eller annen måte, noe som blir utdypet i de neste avsnittene

Hvilke betingelse for samhandling mellom brukerne og tjenesteyterne som var tilstede i bydelen vil jeg se nærmere på i dette kapitelet.

Vi har sett at flere av delprosjektene har krevd samarbeids- og koordineringsevne. For å få aktivitetene opp å stå har det krevd samarbeid på kryss av etablerte faggrenser. I dette samarbeidet skulle aktørene også innlemme brukerne, få deres ståsted og få det med inn i driften av aktivitetene.

Ved å gå tilbake til organisasjonsstrukturen så vi at avdeling for pleie, rehabilitering og omsorg (PRO-avdelingen) var representert både i styringsgruppen og faggruppen (se kapittel 6.2.1). PRO-avdelingen har ansvaret for de ulike sykehjemmene, dagsentrene, hjemmetjenesten, rehabiliteringsavdelingene, trygdeboliger, i tillegg er private institusjoner underlagt deres

⁶ Kilde: Invitasjon til å delta i forsøksprosjektet ”Kultur og helse”. Skriv fra Norsk kulturråd, datert 30.04.96.

ansvarsområde. Avdelingen er ansvarlig for den voksne befolkningen over 18 år i bydelen, rene legetjenester er plassert under en annen avdeling.

PRO-avdelingen konsentrere seg altså om, som navnet tilsier, pleie, rehabilitering og omsorgsoppgaver. Tradisjonelt sett har forholdet mellom de ansatte i denne avdelingen og brukerne vært preget av drift. Det vil si at hjemmehjelperne, sykepleieren eller annet helsepersonell, gjør sine daglige oppgaver uten å få tid til å betrakte hver bruker som et individ med egne behov og ønsker. Som en sentral aktør uttrykket seg: ”Jeg ser at de som jobber i tjenesten drukner i drift.” Hverdagen for de ansatte innen omsorgssektoren er så travel at det sentrale er å få gjort det som må gjøres. Desentraliseringen av ansvaret for flere arbeidsoppgaver innen et stramt budsjett har skapt en travel og arbeidsom hverdag for de ansatte.

Tjenesteyterne utfører sine arbeidsoppgaver og prøver gjennom sitt arbeid å dekke klientenes behov. En slik vinkling er ut i fra de profesjonelles ståsted, og er dermed gjerne rettet mot å dekke de behov og gi den beste behandling en medisinsk diagnose gir. Hvorvidt det finner sted en brukermedvirkning i en slik setting er den preget av et klientperspektiv (Baklien og Carlsson 2000), hvor det er de profesjonelle som best vet hvilke behov klienten har. Brukermedvirkning i en slik setting blir et middel for oppnå bedre behandling eller omsorg.

Med knappe ressurser, stadig nye oppgaver som bydelen er ansvarlig for, blir drift en måte å overleve på. Flere av de ansatte i PRO-avdelingen som var involvert i prosjektet, er påvirket av denne måten å arbeide på hvor det sentrale er å få unna de arbeidsoppgavene som dekker de helt grunnleggende behovene. Det blir med andre ord dannet en kultur hvor det å få gjort jobben på best ansvarlig måte kommer i forgrunnen, mens brukerens individuelle behov i større grad kommer i bakgrunnen. I forhold til brukergruppen blir en konsekvens at det ikke er opparbeidet noen tradisjon på hvordan brukerne skal formidle sine behov og hvor disse skal hjelpe brukerne.

Dette perspektivet har preget de sosiale og kulturelle ressursene en del av de ansatte hadde med seg fra prosjektstart av. En slik holdning og tankegang kan en knytte opp mot helsesektoren generelt, ”vi bærer med oss ganske mye tradisjon innenfor helsesektoren” (avdelingsleder). Selv om Kultur gir helse-prosjektet representerte noe nytt i bydelen og var et nytt tilbud til brukergruppene, er tjenesteyterens holdninger til brukermedvirkning preget av en tradisjonell måte å tenke på. Å skulle tenke i nye baner kan både virke stimulerende og inspirerende, men det kan også virke hemmende. Motivasjonsgrunnlaget (Martinussen 1984), faktorer i rammebetingelsene som virker på motivasjonen for samhandlingen, vil dermed være individuelt. Det vil si at noen ville like å bryte med et opparbeidet mønster for å fremme samhandlingen mellom de ansatte og brukerne, mens andre ville finne det krevende.

I intensjonene om brukermedvirkning skulle brukerne involveres tidlig slik at deres syn kunne være retningsgivende for utformingen av tiltaket. Å få det til ville si å bryte med en institusjonalisert tankegang for å tenke nytt.

I forrige kapittel så vi at samarbeid på tvers av sektorgrensene fordret et perspektivskifte. Skal helsepersonell som i utgangspunktet har dagene full av oppgaver som må gjennomføres begynne å involvere brukerne og ta hensyn til deres behov betyr det at deres tankegang og perspektiv bør endres. Den ”enkleste” veien til brukermedvirkning vil da være å innarbeide et klientperspektiv hvor det fremdeles er tjenesteyteren som best vet hvilke behov klienten har. Skal derimot satsingen i bydelen harmonere med det helsebegrepet som det ble satset på, en forståelse av helse som fokusere på brukerens friske ressurser, bør en brukermedvirkning mer vinkles mot medarbeiderperspektivet. For de profesjonelle vil det si et perspektivskifte hvor brukerne blir satt i et annet fokus, et fokus som legger vekt på å utløse brukernes egen ressurser og mestring (Baklien og Carlsson 2000).

En god inspirasjonskilde til et slikt perspektivskifte var prosjektleder. Som vist kom hun utenfra, hadde verken en helsereelatert eller en kulturrelatert utdanning, og hun hadde ingen NIBR-notat 2001:114”

konkret erfaring fra et tilsvarende arbeid. Hun hadde med andre ord ikke noe ”gammelt tankegods” fra helsesektoren med seg inn i prosjektet. I stedet hadde hun idéer for hvordan brukerne kunne involveres i prosjektet, og sammen med prosjektledelsen viste de at det var sentralt å la brukerne medvirke i tilbudene i regi av Kultur gir helse-prosjekter. Prosjektleder kan beskrives som en katalysator for et syn som fremmet brukermedvirkning. Hun hadde erfaring for hvordan det kunne gjennomføres, samtidig som brukermedvirkning var en intensjon ved prosjektet hvor hun hadde idéer til praktisk gjennomføring.

Selv om helsesektoren er preget av gammelt tankegods så fikk prosjektleder iverksatt sine idéer om brukermedvirkning med god hjelp fra PRO-avdelingen. En forklaring på det er at tankegangen rundt kultur – helse er sammenfallende med en holdning man håper skal bli innarbeidet blant omsorgsarbeiderne. ”At de skal tilbys tjenester på laves effektive omsorgsnivå. At brukeren skal gjøre det han klarer å mestre selv, og så skal vi gjøre resten.” (Konsulent i PRO-avdelingen). Det er bare de oppgaver bruker trenger hjelp til som skal hjelpes. Andre områder som bruker mestrer selv, skal også bruker gjøre selv.

Dette er en holdning som en håper omsorgsarbeiderne skal arbeide etter, men som også kommer i bagrunnen av den daglige drift. Å endre verdigrunnlaget for den enkelte ansatte i omsorgsarbeidet og få inn en holdning som mer er i tråd med det positive helsebegrepet (se kapittel 5.2) er et pågående arbeid i PRO-avdelingen. I Martinussens (1984) terminologi vil dette være de handlingspremissene som ligger til grunn for samhandlingen i PRO-avdelingen mellom omsorgsarbeideren og brukeren. Handlingspremissene er faktorer internt i organisasjonen som virker på motivasjonen for samhandling. I og med at det er et prinsipp⁷ som er sammenfallende med det positive helsebegrepet som omsorgsarbeiderne skal arbeide etter var det på tjenesteledernivå en positiv holdning til brukermedvirkning. I hvilken grad prinsippet om lavest effektive omsorgsnivå blir fulgt opp av den enkelte omsorgsarbeider vil variere både etter ansiennitet og hvor fastlåst en er i gamle innarbeidede måter å tenke og handle på. Et steg på veien mot å innarbeide en ny tenkning er nettopp arbeidet med brukermedvirkning gjennom Kultur gir helse-prosjektet.

8.2 Medvirkning for definerte brukergrupper

I prosjektbeskrivelsen står det ikke klart hvilke faktorer som må være involvert for at en kan kalle det for brukermedvirkning. På hvilken måte brukerne skal få en sentral plass, som er i tråd med de sentrale intensjonene, må bydelen selv bestemme. Hvilke type aktivitet eller delprosjekt brukerne skal delta i, er også avgjørende for i hvor stor grad de kan benytte seg av medbestemmelse. Faktorer som er viktige her er om aktiviteten/delprosjektene kun skal være en gang, eller om det skal være en fast aktivitet som går over tid. Også målgruppen er avgjørende om det lar seg gjøre å gjennomføre brukermedvirkning. Er det en aktivitet som retter seg mot mer eller mindre alle innbyggerne i bydelen sier det seg selv at brukermedvirkning kan være vanskelig å gjennomføre.

Skal en bruker ha innflytelse over aktiviteten og planleggingsfasen, må det være en kommunikasjon mellom brukerne og de som er ansvarlige for aktiviteten. Er det en aktivitet som kun blir arrangert for å være en gang er det mye merarbeid å trekke brukerne inn i planleggingen. Skal aktivitetene derimot gjenta seg å gå regelmessig, er det muligheter for å danne en dialog mellom bruker og de ansvarlige for aktiviteten.

Dette bringer oss videre til hvem som er brukerne av Kultur gir helse-prosjektet. Ut i fra delmålene ser vi at det er to mer avgrensede målgrupper satsingen har fokuset på, friske og syke

⁷ Prinsippet blir kalt LEON-prinsippet: Lavest Effektive Omsorgs Nivå, som tilsier at brukerne bare får hjelp til det de trenger hjelp til.
NIBR-notat 2001:114

eldre og mennesker med psykiske lidelser. Dette er to målgrupper som har en adresse. Det vil si at det er brukere som har hatt eller har kontakt med helsevesenet og dermed er mulig å nå. Brukere som er lette å nå er også lettere å organisere i en eller annen form for brukermedvirkning. Dette er sammenfallende med de erfaringer som ble gjort i de andre forsøkskommunene (Baklien og Carlsson 2000).

Innen psykiatrisk helsevesen gjorde idéen om å trekke brukerne inn i planleggingen seg gjeldene i norsk helse- og sosialpolitisk sammenheng på midten av 1980-tallet. I en stortingsmelding fra 1987 ble det fastslått at det ble tatt for lite hensyn til brukerne sine behov og ønsker. En fremgangsmåte for å få et mer tilgjengelig helsevesen ville, i følge denne meldingen, være å ta brukerne av helsevesenet med som medprodusenter for det samme helsevesenet. ”Brukerne selv utgjør også en viktig del av tjenestenes produksjonssystem” (St. meld. nr. 41(1987-88):74).

For folk med psykiske lidelser ble det iverksatt flere aktiviteter hvor enkelte var avgrenset til små grupper som Malerverkstedet, mens andre var åpne tilbud for alle med psykiske lidelser i bydelen som for eksempel Kulturkaféen. I 1999 var det registrert 70⁸ personer med psykiske lidelser, så i realiteten var Kulturkaféen beregnet på samtlige. Det var i forhold til brukerne av disse aktivitetene det ble etablert en egen kanal for brukermedvirkning, brukerrådet.

8.2.1 Brukerrådet

Brukerrådet var en møtestruktur som bestod av de ansvarlige for drift av aktivitetene, blant annet psykiatriske sykepleiere og prosjektleder og en representant for brukerne. Imidlertid har det vært holdt brukerråd hvor flere brukere har vært representert. Brukerrådet har fungert helt fra starten av prosjektet. I dette avsnittet vil jeg se på hvordan den eneste organiserte kanalen for brukermedvirkning fungerte. Få best å illustrere brukerrådets funksjon vil jeg knytte det opp mot oppstart og drift av et tilbud, Kulturkaféen.

Kulturkaféen var den første aktiviteten som ble iverksatt og hadde en noe faglende start. Prosjektleder, en psykiatrisk sykepleier, masse vaffelrøre og to kanner kaffe ventet brukerne den første gangen Kulturkaféen var, men ingen brukere dukket opp. Andre gang Kulturkaféen ble arrangert kom det én bruker. Det var først etter fire uker med drift at det kom flere brukere. Da kom det tre stykker, hvor den ene var skoleelev som ble fulgt dit av en psykiatrisk sykepleier. Som vi ser så var det å starte opp et tilbud for denne målgruppen en tidkrevende prosess.

Prosjektledelsen gikk åpent ut og presenterte tilbudet som en åpen og gratis Kulturkafé, hvor det bare var å stikke innom. Ved å gjøre det traff de en annen målgruppe i prosjektet enn den kaféen opprinnelig var ment for. Dette var et problem for prosjektledelsen. For ikke å stigmatisere målgruppen hadde de ikke reklamert med at tilbudet kun gjaldt for folk med psykiske lidelser. Ved å være for redde for å trå noen på tærne oppstod den motsatt effekten, nemlig faren for å ikke treffe målgruppen. Faren med å stigmatisere brukergrupper er et problem som også andre tilsvarende prosjekter har strevd med. Ved oppstart av Natur-Kultur-Helse-senteret i Asker, fant ledelsen det lite hensiktsmessig å skille mellom bruker, hjelper, syk eller frisk, da de ville prøve å unngå at det ble satt merkelapper på den enkelte (se Pausewang 1997 og Predelli 1999). Resultatet var at alle aktive på senteret ble kalt ”deltaker” for å unngå inndeling i kategorier.

Ved å være for redd for å sette merkelapp på deltakerne av Kulturkaféen, følte den opprinnelige målgruppen seg delvis fortrenget av andre som likte tilbudet men som det ikke var myntet på.

Vi har vært for redde for å være tydelige på at det er primært folk med psykiske lidelser vi ønsker å nå med tilbudet. Vi har vært for vide, dette er en åpen Kulturkafé for bydelen befolkning, det være seg arbeidsløse, folk med sosiale

⁸ Et tall jeg har fra et intervju med avdelingsleder for PRO-avdelingen. NIBR-notat 2001:114”

vansker, folk med psykiske problemer osv. Det er ikke satt noen absolutt grense for hvem som kan bruke den. Sånn sett utviklet det seg i retning av eldrester for friske eldre. Det er en konkret feil vi har gjort, og noe av det har vært ut fra en god intensjon at vi ønsker å inkludere og ikke ekskludere. Vi ønsker å alminneliggjøre psykiske lidelser, få dem inn i vanlige sammenhenger.

Men konsekvensen av måten vi gjorde det på, det var at det har sittet en del yngre mennesker hjemme og ikke villet gå der, for de vet at det er et gammelmann sted. Samtidig som det er mennesker som har sagt at de trenger et tilbud, men det er ikke stedet for oss.(...) Men det er en slags sånn omvendt fordomsfullhet. I streben i å være fordomsfri eller ikke ha forutinntatte, altså at du skal alminneliggjøre psykiske lidelser, så tar du på en måte ikke begrepet ”psykiatri” med en ildtang en gang. Du skal ikke bruke psykiatri, farlig, farlig. Og konsekvensene av en slik omvendt fordomsfrihet som jeg kaller det, det blir at vi kommer ikke til målet.

Pasienter som ligger innlagt på sykehus sier at ”jeg er pasient, og jeg har behov for å bli oppfattet som pasient, altså en som trenger noen støttetiltak”. ”Jeg har psykiske lidelser, jeg trenger å bli oppfattet som en som trenger støttetiltak, og ikke som en som hvilken som helst i bydelen som kan bruke kino og teater når de vil, uavhengig av angsten sin. De har ikke angst”. Alle trenger noen sære tiltak, og det betyr at noen må definere det. ”Jeg er en person med psykiske problemer”, det sier en del av brukerne selv. (Sentral aktør i brukerrådet).

Sitatet viser hvilke feil de ansvarlige for Kulturkaféen gjorde i start- og rekrutteringsfasen. For å bryte med gamle holdninger og tilvante tanker rundt psykiatri, slo pendelen helt over på motsatt side, noe som medførte en for liten fokusering og presisering på målgruppen. Å skulle endre perspektiv og finne den gyldne middelvei ble det i stedet en omvei via for stor fordomsfrihet. I og med prosjektledelsen hadde intensjoner om å la brukerne være med å forme tilbudet ble dette imidlertid fanget opp og det ble tydeliggjort at tilbudet skulle rette seg kun mot mennesker med psykiske lidelser.

Tilbudet ble opprettet fordi bydelen hadde registrert at det var et behov for et tilbud for denne målgruppen. Skulle denne gruppen imidlertid hjelpes var det viktig at de ble hørt og fikk respons for sine meninger. Både i forhold til empowerment og det positive helsebegrepet er det viktig å ta tak i brukernes mestringsevne og videreutvikle denne. Ved å forme tilbudet etter brukernes behov klarte prosjektet å legge forholdene til rette, blant annet fikk brukerne anledning til å komme ut av isolasjonen og danne nettverk med likesinnede. Å få brukerne til å danne et nettverk som kan ha forebyggende effekt. Det kan være så enkelt at de har blitt kjent med andre i tilsvarende situasjon som de for eksempel kan gå tur med en søndag i stedet for å isolere seg.

Brukerrådet var en kanal mennesker med psykiske lidelser kunne benytte seg av for å få formidlet sitt ståsted. Hadde brukere behov for å ta kontakt med de ansvarlige for driften kunne de også henvende seg direkte til prosjektleder eller en psykiatrisk sykepleier. For prosjektledelsen var det viktig å fange opp brukernes reaksjoner enten via brukerrådet eller direkte i kontakt med brukerne.

Det som imidlertid er sentralt er at det er enkeltindividenes ønsker for tilbudet som blir formidlet. Går vi tilbake til empowermentbegrepet ser vi at begrepet kan bli betraktet som en psykologisk prosess hvor det er enkeltindividet som først må få mer kontroll over egen livssituasjon før en kan delta på gruppe- eller samfunnsnivå (Adams 1996).

Via Kultur gir helse-prosjektet har mennesker med psykiske lidelser fått et tilbud som er i tråd med registrert behov. De har blant annet fått et middel får å forebygge isolasjon, et middel som

brukergruppen selv er blitt trukket aktivt med inn i og som har hjulpet brukerne et lite stykke på vei mot en bedre selvkontroll over egen livssituasjon.

8.3 Samhandling på ulike nivåer

Overfor ble kun brukermedvirkning for folk med psykiske lidelser beskrevet. Om brukermedvirkning har vært sentralt for andre grupper og aktiviteter, og eventuelt hvordan denne har foregått vil jeg se på her.

8.3.1 På systemnivået

I prosjektets organisasjonsstruktur var frivillige organisasjoner representert gjennom referansegruppen. Denne gruppen omfattet blant annet representanter for Eldrerådet, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO) og det lokale kultur og historielag. De ulike interesseorganisasjonen hadde dermed en representant som satt i prosjektet og som kunne fungere som en kanal for å få formidlet brukernes behov.

Det som imidlertid preger denne samhandlingen er mangel på kommunikasjon. Referansegruppen har ikke fungert slik det var påtenkt i startfasen. Hovedgrunnen er nok at prosjektleder ikke har hatt nok kontakt med gruppen slik at en toveis kommunikasjon ble fast etablert. Kommunikasjonen og kontakten mellom referansegruppen og prosjektledelsen har vært preget av sporadiske møter. Et forhold prosjektleder har påpekt har vært for dårlig utnyttet. Dermed har ikke disse organisasjonene hatt noen medvirkning i selve utviklingen av Kultur gir helse-prosjektet som så dann.

En gjennomgåelse av sentrale dokumenter vil likevel henviser til flere frivillige lag og organisasjoner som har hatt kontakt med Kultur gir helse-prosjektet underveis i prosjektperioden. Mye av denne kontakten kan henvises direkte tilbake til enkelt stående delprosjekt. Verdt å nevne her er delprosjekt som kun varte en dag, men som til gjengjeld var svært omfattende. ”Kulturdykk og helsebot i Frognerparken” var et samarbeidsarrangement mellom Bygdøy-Frogner bydel og Uranienborg-Majorstuen bydel. I tillegg var som nevnt mange frivillige lag og organisasjoner representert. I dette arrangementet fikk institusjoner, frivillige lag og foreninger anledning til å presentere aktiviteter som er i skjæringspunktet mellom kultur og helse. Arrangørene, det vil si bydel 1 og bydel 2 i Oslo, stilte med telt og boder så var det opp til hver enkel organisasjon eller lag til å fylle dem med innhold. Slik kunne interesseorganisasjonene presentere seg og sitt innhold.

Vi så at kommunikasjonen mellom referansegruppen og prosjektledelsen ikke har fungert slik det ble planlagt i startfasen. Kommunikasjon med andre frivillige lag i bydelen har også vært vanskelig å få i stand. Et problem er å finne en arena som er tilpasset alles behov. Blant annet vil det å finne en felles tid en kan møte på en slik arena være vanskelig. De ansatte i bydelen arbeider på dagtid. Det gjøre gjerne de som representere frivillige organisasjoner også, noe som tilsier at de ikke har anledning til å treffes på dagtid. Samtidig kan en ikke forlange at de kommuneansatte skal arbeide på kveldstid. Dermed blir tid et hinder for å danne en felles arena mellom bydelen og frivillige lag og organisasjoner.

Kort oppsummert kan en si at brukermedvirkning hvor representative representanter for brukerne har fått et ord med i laget på fagfolkenes arena har i denne konteksten ikke blitt realisert.

8.3.2 På individnivå

Brukermedvirkning på systemnivået eller på organisasjonsnivået kan best beskrives som fraværende. I intervjuene mente sentrale aktører at det likevel har funnet sted en brukermedvirkning, også utenom den aktiviteten som foregikk gjennom brukerrådet.

Brukerne som enkeltindivider har fått sagt sin mening direkte til de ansvarlige for driften. De har med andre ord fått være med på de små beslutningsprosessene som har dukket opp underveis i prosjektperioden. Innefor de rammer som er definert av aktivitetsansvarlige har brukergruppene fått anledning til å delta i beslutningsprosesser underveis. Og det er vel nettopp det som er situasjonen og forholdene i brukermedvirkningen i Bygdøy-Frogner bydel. Arrangørene har satt rammene for aktivitetene, mens brukerne har vært deltakende i de små beslutningsprosessene underveis.

I utgangspunktet virker ikke dette imponerende sett fra brukers ståsted. Får noen brukergrupper er dette allikevel et viktig steg, å få være del av en beslutningsprosess som påvirker egen aktivitet. Å styrke brukeren vil si at for personer som befinner seg i en marginalisert posisjon har bedret sin situasjon. Forholdet mellom tjenesteyter og bruker bør dermed være en bevist prosess hvor begge parter må trekke mot det samme mål, større autonomi for brukerne (Adams 1996).

Ved å delta i selv små beslutningsprosesser ser man kanskje fortere resultater av den prosessen en har vært med på. Å ta en beslutning og så se at beslutningen blir tatt til følge er en måte å øke følelsen av autonomi hos brukergruppen.

Dette er også i tråd med LEON-prinsippet, lavest effektive omsorgsnivå, hvor det sentrale er at brukerne skal bare hjelpes på de områder hvor det er et behov. Det brukerne kan mestre selv, skal de også gjøre selv. ”Prosjektet har vært med å styrke denne tenkningen.” (Konsulent i PRO-avdelingen).

8.4 Oppsummering

I dette kapittelet har jeg sett på hvordan bydelen har nærmet seg intensjonen om brukermedvirkning. Hvilke betingelser brukermedvirkning hadde og hvordan en eventuell samhandling med brukerne ble gjennomført har vært temaet her.

Både organisasjonsstrukturen og dens rammebetingelser har hatt betydning for hvordan samhandlingen har blitt gjennomført. Blant annet har økt arbeidsmengde til bydelen samtidig som de økonomiske rammene stadig blir strammere ført til en arbeidsmetode blant omsorgsarbeidere som har karakter av brannslukking. Krevende arbeidsoppgaver og til dels kriser som krever straksløsninger fører til arbeidsdager sterkt preget av drift. Arbeidsoppgavene må gjennomføres på mest ansvarlige måte med det resultat at de individuelle behovene til brukerne kommer mer i bakgrunnen.

Det er dannet en arbeidskultur som har lite handlingsrom for brukernes individuelle behov. Kultur gir helse-prosjektet kan betraktes som en motvekt til denne kulturen. Prosjektet sammenfaller med et prinsipp det arbeides med for å få alle omsorgsarbeiderne til å gjennomføre, lavest effektive omsorgsnivå som tilsier at brukerne bare skal få hjelp til det de trenger hjelp til. Det brukerne skal selv mestrer skal overlates til brukerne. Dette tilsier at handlingspremissene muliggjør en samhandling mellom bruker og tjenesteyter, det er en kultur i bydelen hvor brukerne i stadig større grad skal bli betraktet ut i fra egne behov og individuelle krav.

For mennesker med psykiske lidelser ble brukermedvirkningen organisert gjennom et eget organ, brukerrådet. Dette var en organisasjonsstruktur som bestod av psykiatrisk sykepleiere, prosjektleder og en representant fra brukerne. Dette organet konsentrerte seg om de delprosjektene som var beregnet for folk med psykiske lidelser. Medvirkning gjennom dette organet og for denne målgruppen er i stor grad sammenfallende med det positive helsebegrepet som bydelens satsing tar utgangspunkt i. I forhold til et empowerment-perspektiv kan denne medvirkningen føre til at personer i marginaliserte grupper får en større kontroll over egne aktiviteter, noe som kan føre til økt mestringsevne.

Interesseorganisasjonene hadde representanter som var organisert i en egen referansegruppe. Til tross for dette organet har ikke brukermedvirkningen på et strukturelt nivå fungert. Det som imidlertid har fungert er den direkte samhandlingen mellom den enkelte bruker og arrangørene. Arrangørene har definert rammene for de ulike deltakene så har brukerne fått anledning til delta i mindre beslutningsprosesser underveis. Dette er det som er mest beskrivende for den samhandlingen som har funnet sted gjennom satsingen, de profesjonelle har satt rammene mens brukerne har kunnet innvirke beslutningsprosessene innenfor de fastsatte rammene.

9 Kultur gir helse er over...

I dette kapittelet vil jeg sammenfatte evalueringen samtidig som jeg vil prøve å trekke noen tråder.

Evalueringen tok utgangspunkt i et treårig forsøksprosjekt, Kultur gir helse, hvor forholdet mellom idealer og visjoner har vært hovedfokus. Med utgangspunkt i de sentrale intensjoner er det spesielt arbeidet med å fremme et arbeid på tvers av etablerte sektorgrenser og å trekke brukerne med som aktive aktører som har blitt vektlagt her. Som vi har sett var samhandling et sentralt perspektiv.

For å nærme meg feltet har jeg benyttet meg av kvalitative metoder. Både gjennom kvalitative intervjuer, dokumentanalyse og deltakende observasjon har jeg fått et bedre innblikk i hvordan prosjektet har artet seg. Gjennom åpne intensive intervjuer har jeg fått en forståelse for aktørenes egen oppfattelse av prosjektet, noe som har vært et redskap for å fange opp variasjoner og meningsmangfoldet intervjupersonene hadde om ulike temaer. Dokumentanalyse var nødvendig for å rekonstruere prosjektets gang forut for mitt engasjement, og har vært et redskap for å finne fram til de mål og intensjoner som lå til grunn i startfasen. I tillegg har jeg gjennom deltakende observasjon observert den direkte samhandling som fant sted mellom aktørene.

Evalueringen viser hvordan konteksten man har jobbet innenfor i Bygdøy-Frogner bydel har hatt stor betydning for samhandlingen i prosjektet. For å se hvilke betingelser samhandlingen hadde i bydelen tok jeg utgangspunkt i en modell av Martinussen (1984), hvor faktorer og forhold i rammebetingelsene, og faktorer og forhold internt i det sosiale systemet, er sentrale variabler. Rammebetingelsene kan nærmere beskrives som de ytre forhold som har en hvis stabilitet og som prosjektet ikke så lett kan endre på. I oppgaven har jeg valgt se på prosjektets rammebetingelser ut fra om det er prosesser som er initiert på sentralt nivå, og på prosesser som har vært på lokalt nivå i bydelsforvaltningen.

En kort historisk oversikt over kulturpolitikken i Norge har belyst hvordan kulturbegrepet tradisjonelt har blitt brukt, og hvordan det har vært en utvikling i forståelsen. Kultur blir i tillegg til å være en verdi i seg selv, forstått som et middel til å oppnå en verdi på et annet felt. Kultur har fått et instrumentelt preg som samsvarer med kulturbruken i Kultur gir helse-satsingen. Det kulturelle skulle ikke stå i sentrum og være og virke for seg selv, men nå et mål i en annen sektor samtidig som det skulle være grenseoverskridende.

I bydelssatsingen fikk kultur en dobbel betydning. På den ene siden ble det brukt om måter å organisere virkeligheten på, om den kunnskap og de normer som er med på å forme verdier, holdninger og handlinger. På den andre siden ble kulturbegrepet brukt i bydelen til å vise til et vidt spekter av kunst og kulturtilbud. En avklaring av kulturbegrepet hvor jeg skiller mellom det kvalitative, det utvidete og det samfunnsvitenskapelige kulturbegrep inne en sektor- og aspektmodell, viser at kultur faller inn under alle tre kulturbegrepene. Forstått som det kvalitative og det utvidete kulturbegrep innen sektormodellen henviser det til de kulturelle aktiviteter som ble iverksatt. Samtidig som et mål med satsingen var å arbeide på tvers av

tradisjonelle sektorgrenser fører til at kultur blir et aspekt ved alle sektorer, som er i tråd med det samfunnsvitenskapelige kulturbegrep.

Helsebegrepet som fra bydelens side ble lagt til grunn for satsingen er det positive helsebegrepet. Brukernes eventuelle sykdomsbilde med en medisinsk diagnose skulle ikke komme i forgrunnen., men personens friske og positive ressurser skulle stimuleres. Dette åpner opp for at andre yrkesgrupper enn de tradisjonelle omsorgsyrkene kan arbeide med helsefremmende tiltak.

9.1 Nasjonale prosessers betydning for rammebetingelsene

Desentralisering og nærmiljøarbeid er to prosesser som har preget **rammebetingelsene** til Kultur gir helse-prosjektet. Desentraliseringen har ført til en oppdeling av bydeler hvor bydelene har fått et økende ansvar for å planlegge og drive helsetiltak. En konsekvens av reformen er at bydelen binder mange ressurser på å løse oppgaver pålagt fra sentralt hold. Kunnskaps- og erfaringsgrunnlaget som blir bygget opp rundt oppgaveløsningen tilsier dermed at bydelen blir ”tung” på helse og ”lett” på kultur. Når et prosjekt skal binde kultur og helse sammen møter de et handlingsrom som har endret seg i forhold til desentraliseringsreformen.

Økt fokusering på nærmiljøarbeid har satt fokus på beboerne og deres medvirkning. En ønsket intensjon med nærmiljøarbeid var at beboerne skulle få en mer aktiv rolle gjennom større deltakelse både i planleggings- og beslutningsprosesser. Denne trenden tilsa at det skulle dannes en arena hvor forvaltning og beboere kunne møtes.

Ved å sette disse prosessene inn i Martinussens (1984) modell ser vi at de legger føringer på rammebetingelsene. Samhandlingen de sentrale intensjonene la opp til, var blant annet å **øke det tverrsektorielle samarbeidet**, i tillegg til å la brukerne få delta gjennom **brukermedvirkning**. Det tverrsektorielle samarbeidet blir i tillegg vurdert ut fra Knutsens (1993) domenebegrep, og hvorvidt partene har tillit til hverandre og nytte av samarbeidet. Brukernes medvirkning blir betraktet ut fra ulike perspektiver om brukermedvirkning, og begrepet om empowerment.

Desentraliseringen har lagt noen føringer i rammebetingelsene for det tverrsektorielle samarbeidet. De fysiske ressurser som økonomiske rammebetingelser og det fysiske rom er i stor grad bundet opp mot omsorgssektoren. Prosjektet, som ikke hadde tildelt midler for å iverksette delprosjektet, fikk et tett samarbeid med omsorgssektoren blant annet fordi der var det tilgjengelige ressurser. Dette gjorde at forholdene for et samarbeid mellom omsorgssektoren og prosjektet var lagt til rette. Spesielt ser vi dette mellom avdeling for pleie, rehabilitering og omsorg (PRO-avdelingen) og prosjektet. Dette ble blant annet tydeliggjort gjennom prosjektorganisasjonen.

I **rammebetingelsene** lå det også faktorer som både fremmet og hemmet motivasjonen for samhandling. Desentraliseringen har skapt en hverdag som er krevende for omsorgsarbeiderne. Ansvar for stadig flere oppgaver samtidig som de økonomiske forholdene ikke øker i samme takt, har ført til en presset arbeidssituasjon. Det mest effektive blir da å utføre arbeidet slik erfaring tilsier det er mest hensiktsmessig. Endring av handlingsmønstrene hvor man enten skal samarbeide med nye yrkesgrupper eller samhandle med brukerne kan være vanskelig. Det som imidlertid har fremmet en samhandling på tvers av fag og sektorgrenser er at aktørene har sett nytten av samarbeidet. Ut fra domenebegrepet er det lettere å få til et samarbeid mellom enheter som kan utfylle og utnytte hverandres kompetanser og som kan betjene samme klientgruppe med flere tilbud samtidig.

Bydelen hadde før Kultur gir helse-prosjektet ikke dannet en arena hvor brukerne og tjenesteyterne kunne samhandle. De hadde ikke noen erfaring for brukervedvirkning slik det ble lagt opp til i de sentrale intensjonene. Denne arena måtte dannes etter hvert som prosjektet skred fram.

9.2 Bydelsforvaltningens situasjon og påvirkning av prosjektet

I en periode på tre år, før Kultur gir helse-prosjektet ble iverksatt, gjennomførte bydelen et prosjekt kalt Levende bydel. Dette prosjektet skulle fremme kontakten med beboerne i bydelen gjennom å etablere nye relasjoner både på områdenivå og mellom offentlig og privat sektor. Et resultat av dette prosjektet er en videreføring av en møtestruktur. Denne møtestrukturen er en tverrfaglig kanal hvor også beboere gjennom frivillige organisasjoner skulle være representert. En kanal er etablert hvor ulike fag er representert og hvor frivillige organisasjoner er deltakende. Dette har hatt stor betydning både for iverksettingen av prosjektet, og har vært en faktor som har fremmet det tverrsektorielle samarbeidet. Det har fremmet kommunikasjonen samtidig som det har vært et nettverk å bygge videre på. Levende bydels-prosjektet kan sees på som et resultat av både desentraliseringsreformen og den statlige satsingen på nærmiljøarbeid.

Prosjektets organisasjonsstruktur kan også relateres tilbake til erfaringer fra Levende bydels-prosjektet. Prosjektet er organisert slik at både flere avdelinger og frivillige organisasjoner er representert. Dette kan betraktes **som forhold i de indre samhandlingsbetingelsene** som har fremmet samhandlingen. Imidlertid har samhandlingen med brukerne på systemnivå stort sett vært fraværende i prosjektet. En forklaring på det er vanskelig kommunikasjon, det har vært vanskelig for de kommuneansatte og representanter fra de frivillige organisasjoner å skape en felles arena.

Brukerne som enkeltindivider har fått en kanal for å formidle sitt perspektiv. Dette har en sammenheng med prosjektleders påvirkning. Hun har brakt med seg inn i prosjektet en erfaring hvor brukere, her konkretisert som mennesker med psykiske lidelser, har medvirket i egne aktiviteter. Denne erfaring har dannet mye av grunnlaget for den brukervedvirkning som har foregått i prosjektet. Innenfor de rammer som er definert av aktivitetsansvarlige har **brukerne fått være med på de små beslutningsprosessene** underveis.

Empowerment, det å både styrke brukerne og la de få medvirke har vært sentralt for prosjektleder. Gjennom å få delta i det små som en begynnelse, kan det være tilstrekkelig for mennesker med psykiske lidelser til å føle seg styrket i sin stilling. Gjennom brukerrådet har mennesker med psykiske lidelser fått en anledning til å delta i de beslutningsprosessene som har vært aktuelle for deres delprosjekt. Denne type brukervedvirkning hvor en retter seg direkte til enkeltpersonene hadde ikke bydelen noen erfaring fra. Dette er et aspekt som er kommet gjennom prosjektet og hvor prosjektleder har brakt idéer til gjennomførelse.

9.3 Avslutningsvis

Evalueringen ser ikke på alle forholdene ved prosjektet, men konsentrerer seg om samhandlingen som har foregått. Tatt i betraktning prosjektets betingelse, lite penger, travelt opptatte aktører, ”tung” på helse og ”lett” på kultur, har prosjektledelsen fått iverksatt mye positivt.

Nye samarbeidsformer har oppstått, samarbeidsformer som ikke ville ha vært en realitet uten satsingen. Spesielt har samarbeid med offentlige institusjoner utenfor bydelens forvaltningsområde blitt betraktet som svært positivt. Nye nettverksmønstre har blitt dannet med kontorer og avdelinger som før prosjektperioden ikke hadde noen etablert arena å kommunisere og samhandle på. Den positive effekten deltakerne har av dette samarbeidet i ettertid, er at de

vet hvem de skal henvende seg til ved senere anledninger slik at den første barrieren mot å ta kontakt er brutt.

Brukerne har blitt trukket med på en ny måte, da **spesielt brukere som enkeltindivider**. En ny måte å arbeide på og å tenke forebyggende helsearbeid har synliggjort seg gjennom satsingen. I prosjektets startfase var kultur viktig både som et terskelsenkende element, og som et middel til å skape nettverk mellom brukerne av prosjektet. Etter hvert som nettverk er dannet har den kulturelle formidlingen fra profesjonelle utøvere i større grad blitt nedprioritert. Kulturkaféen er et eksempel her. Etter hvert som kaféen var blitt innarbeidet både blant brukerne og tjenesteyterne har behovene endret seg. Også den økonomiske situasjonen og ønsker for den videre kafédrift førte til en endring av kafétilbudet. Brukerne har gjennom kaféen fått en nye arena å utfolde seg på, noe som blant annet har ført til at brukere har fått et nytt sted å fremme de friske ressursene. Egne dikt blir lest opp, og sangopptredener blir holdt ut fra eget initiativ. Det opprinnelige kulturtilbudet har falt satt mer i bakgrunnen.

Delprosjekter har blitt utprøvd, og erfaring er akkumulert. En viktig erfaring er det nettverket som er bygget opp underveis, et nettverk bestående av både andre avdelinger og kontorer i bydelen og frivillige organisasjoner.

Kultur gir helse var et prosjekt som kan knyttes opp mot politiske prosesser sentralt. Et interessant spørsmål til slutt blir dermed: Hadde noe blitt gjort hvis ikke Kultur gir helse hadde blitt iverksatt?

Som vi har sett har prosjektet startet opp flere ulike delprosjekt beregnet for folk med psykiske lidelser. I psykiatriplanen ble bydelen pålagt å iverksette tiltak for denne målgruppen:

Det understrekes at tilbud til mennesker med psykiske lidelser ikke skal organiseres som en særomsorg. Dette innebærer at kommunens generelle tjenesteapparat må styrkes, og organiseres slik at tilbudet til denne gruppen blir tilfredsstillende. Likevel kan det være behov for særlige tiltak tilpasset denne gruppen. Perspektivet bør flyttes fra diagnose til vekt på psykososial funksjonssvikt og mestring.

(Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006, Sosial- og helsedepartementet. Utbygging av kommunale tiltak, øremerket tilskudd for kommunene 1999).

Noe måtte bydelen altså gjøre for denne gruppen beboere. Gjennom intervjuer kommer det imidlertid klart frem at mye av de tiltakene prosjektet har resultert i, kun er et produkt av satsingen. Vi har sett at helsesektoren er preget av mye tradisjon. Tilbud som bydelen hadde vært pålagt til å iverksette hadde vært preget av det handlingsrom tradisjonen la opp til.

Uten et eget definert prosjekt med en prosjektleder som har fungert som en pådriver, hadde mest sannsynlig ingen av de tilbudene som har vært iverksatt blitt en realitet. Selv om prosjektets intensjoner og bydelens kulturpolitiske utfordringer i stor grad er sammenfallende, har arbeidet gjennom satsingen ikke blitt en realitet uten prosjektet og prosjektleders innsats. Uten prosjektet hadde en endring av tanke og handlingsmønsteret vært vanskeligere. Ved å bruke kultur bevist har prosjektet tilført bydelen et nytt aspekt innen forebyggende og rehabiliterende helsearbeid.

9.3.1 Spørsmål om forankring og videreføring

Skal et slikt prosjekt ha verdi utover selve prosjektperioden bør prosjektet, eller deler av det, videreføres og forankres. En forankringsprosess kan både foregå på et formelt og et uformelt plan. På et formelt plan vil nye arbeidsmåter forankres gjennom politiske, administrative og faglige retningslinjer. Forankring på det uformelle plan skjer ved at aktørene ser det som meningsfylt og hensiktsmessig å arbeide på nye måter. Erfaringsmessig viser det seg at når et NIBR-notat 2001:114”

prosjekt formelt er avsluttet og prosjektmidlene opphører, faller mange aktiviteter bort. I tillegg forsvinner eller minker det samarbeid og initiativ man har fått opprettet i løpet av prosjektperioden. Dette er et resultat av både manglende eller minkende prosjektmidler, og fordi prosjektleders rolle som administrator og koordinator forsvinner.

I Bygdøy-Frogner bydel har en prøvd å motvirke denne prosessen med å fordele ansvaret for drift og videreføring av prosjektene hos andre aktører. Dette er en prosess som til dels har vært pågående gjennom hele prosjektperioden. Gjennom etablering av ad-hoc arbeidsgrupper for det enkelte delprosjekt, har det blitt dannet et ansvars- og eierforhold i forhold til de ulike aktivitetene.

I tillegg har man etter at Aktivitetshuset ble et senter for flere av prosjektets aktiviteter kunne fortsette driften gjennom etablerte nettverk. Økonomisk var avdeling for pleie, rehabilitering og omsorg ansvarlig for flere av disse tilbudene, og i den grad avdelingen seg det nyttige og hensiktsmessige ved en videre drift, er det et grunnlag for videreføringen.

En annen viktig faktor for å fortsette i de samme baner som prosjektet la opp til, er at prosjektleder vil fortsatt ha sitt engasjement i bydelen. Selv om hennes arbeidsoppgaver vil være knyttet opp mot nye felt, vil fremdeles det nettverk og den kunnskap hun besitter være tilgjengelig.

Andre viktige elementer i videreføringen er hvorvidt prosessen er nedfelt i politiske strategier, og om behovet for aktiviteten fremdeles er til stede. Gjennom "Lokal Agenda 21" er deler av prosjektarbeidet nedfelt i bydelens politiske satsning videre. Bydelen arbeider nå med "Lokal Agenda 21", og mange av aktivitetene som ble iverksatt under prosjekt "Kultur gir helse" vil kunne føres videre via denne satsingen.

Strategisk plan 2000-2004 er et annet dokument hvor deler av virksomheten er nedfelt. Spesielt gjelder det områder som å fremmer deltakelse i kultur- og nærmiljøtilbud for å forebygge sykdom og ensomhet.

Mange av enkeltaktiviteten er borte og vil ikke føres videre. Både fordi de ikke var tenkt å skulle føres videre, og fordi behovet ikke er det samme. Prosjektet har også fungert litt som et "prøve-og-feile-prosjekt".

Det skal det jo, et prosjekt skal jo bare vare i en periode så ser man hva som blir varig drift og hva som ikke blir det. Og uansett så mener jeg at prosjekt er med på å, at men tenker mer kreativt og tverrfaglig (avdelingsleder).

Ved å ha en slik holdning til prosjektarbeid har man gjennom prosjektet fått anledning til å realisere ulike idéer. Noen har fått et mer permanent preg, mens andre bare har vært forsøkt en eller et få ganger.

Erfaring som virker viktig å holde i hevd, er like mye den erfaring og de arbeidsmønstre man har opparbeidet i bydelen gjennom prosjektsatsingen som konkrete delprosjekt. Det at man har fått erfaring og prøvd ut nye arbeidsmetoder som har fungert er en viktig erfaring fra prosjektet.

Når man har en utfordring, et eller annet som man ønsker å gjøre noe med, at man da kan nedsette en arbeidsgruppe å få ting i gang, en tverrfaglig arbeidsgruppe. Se på det som en mulighet, i stedet for å tenke sånn at en sitter der alene i en avdeling og tenker uff det skulle vi ha gjort, det orker jeg ikke, det oppå alt det andre. Det er veldig lett å tenke (avdelingsleder).

I tillegg til at det har vært et løft på det tverrsektorielle samarbeidet har man fått inn et nytt aspekt i det helsefremmende arbeidet i bydelen. Ved å bruke kultur har en sett at andre måter å drive forebyggende tiltak på har effekter.

Litteratur

- Adams, Robert 1996: *Social work and empowerment*. Macmillan Press LTD.
- Almås, Reidar 1993: *Evaluering på norsk*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Andrews, Therese 1999: ”Makt og helse – et kritisk blikk på forebyggingsideologien”. I Røiseland, Asbjørn (red.): *Lokalsamfunn og helse. Forebyggende arbeid i en brytningstid*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Baklien, Bergljot 1985: ”Evalueringsforskeren mellom barken og veden”. Tidsskrift for samfunnsforskning 1985, bd 26, 457-475.
- Baklien, Bergljot 1993a: ”Evalueringsforskning i Norge”. Tidsskrift for samfunnsforskning 1993, årgang 34, 261-274.
- Baklien, Bergljot 1993b: Helsestasjon for ungdom i Asker: En evaluering. Notat 1993:33, NIBR
- Baklien, Bergljot 1995: *Brukermedvirkning og andre bremseklosser*. Rapport 1995:1, NIBR.
- Baklien, Bergljot og Yngve Carlsson 2000: *Helse og kultur. Prosessevaluering av en nasjonal satsing på kultur som helsefremmende virkemiddel*. Prosjektrapport 2000:11, NIBR
- BU-sak 95/96. Bydelsutvalgsmøte 28.08.96.
- Christensen, Søren og Kristian Kreiner (1991): *Prosjektledelse under usikkerhet*. Universitetsforlaget.
- Duelund, Peter (red.) 1992: *Kulturens spændetroje: om kultur og kulturforskning i Norden*. NordREFO 1992. København. Akademisk Forlag
- Duelund, Peter 1994: *Kunstens vilkår, om de kulturpolitiske tendenser i Danmark og Europa*. Akademisk Forlag, København
- Fangen, Katrine 1997: *Fra erfaringsnær til kritisk. Fortolkning som samfunnsvitenskapelig utfordring*. ISO-notat nr. 10. Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi: Universitetet i Oslo.
- Grønlie, Tore 1991: ”Velferdskommunen”, i Nagel, Anne-Hilde (red.): *Velferdskommunen. Kommunenes rolle i utviklingen av velfredsstaten*. Alma Mater Forlag AS.
- Gullestad, Marianne 1986: *Livsstil og likhet: Om nærmiljø i byer*. Byforskningsprogrammet/Universitetsforlaget, Oslo.

- Hansen, Gitte Susanne, Janne Molberg og Ingebjørg Wøllo 1999: *En reise gjennom 1000 år. Hovedoppgave, Kulturlinjen ved Høgskolen i Telemark.*
- Hatland, Aksel m. fl. 1994: *Den norske velferdsstaten.* Ad Notam Gyldendal
- Hjort, Peter F. 1995: *En politikk for helsen – ikke bare for helsetjenesten.* Oslo: Utvalg for helse og kultur, Norsk kulturråd.
- Huus, Sigrid Brigitte 1996: *Brukarmedvirkning i eit psykiatriprosjekt. Lettare sagt enn gjort?* Hovuds fagsoppgåve i Sosialantropologi, Universitet i Bergen.
- Jessen, Svein Arne 1998: *Mer effektivt prosjektarbeid i offentlig og privat virksomhet.* Tano Aschehoug, Oslo.
- Jørgensen, Mette Aaen 2000: *Kultur gir helse. Evaluering av et tverrsektorielt forsøksprosjekt.* Notat 2000:108, NIBR.
- Kaarhus, Randi 1991: *Norsk Nærmiljøforsøk: idegrunnlag og praksis: evaluering i nærmiljø og lokalsamfunn: fase II 1987-1990.* NIBR-rapport 1991:08.
- Kjellberg, Francesco og Marit Reitan 1995: *Studie av offentlig politikk – en innføring.* Oslo, TANO A.S.
- Klausen, Arne Martin 1992: *Kultur – mønster og kaos.* Oslo. Ad notam Gyldendal.
- Knutsen, Harald 1993: ”Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser”. I Repstad, Pål (red.): *Dugnadsånd og forsvarsverker. Tverretatlig samarbeid i teori og praksis.* Oslo, TANO.
- Kuhnle, Stein og Liv Solheim 1991: *Velferdsstaten – vekst og omstilling.* Oslo, Tano A.S.
- Lauvås, Kirsti og Per Lauvås 1994: *Tverrfaglig samarbeid. Perspektiv og strategi.* Oslo, TANO A.S.
- Mangset, Per 1992: *Kulturliv og forvaltning. Innføring i kulturpolitikk.* Universitetsforlaget, Oslo.
- Martinussen, Willy 1984: *Sosiologisk analyse. En innføring.* Universitetsforlaget AS.
- Mehlbye, Jill , Olaf Rieper og Mikael Togeby 1993: *Håndbok i evaluering.* København, AKF Forlaget.
- Morgan, Gareth 1988: *Organisasjonsbilder. Innføring i organisasjonsteori.* Universitetsforlaget AS. Oslo.
- Nasjonal komite for helse-, miljø- og levekårsforskning 1987: *HEMIL: nasjonal handlingsplan 1987-1992/ innstilling fra Nasjonal komite for helse-, miljø- og levekårsforskning.* Norges allmenvitenskaplige forskningsråd, Oslo.
- Nielsen, Jens Carl Ry og Pål Repstad 1993: ”Fra nærhet til distanse og tilbake igjen”. I Repstad, Pål (red.): *Dugnadsånd og forsvarsverker. Tverretatlig samarbeid i teori og praksis.* Oslo. TANO.
- Norsk kulturråd og Sosial- og Helsedepartementet 1996. *Med helse i hånden og kultur på taket.*

- Norsk Kulturråd: *Invitasjon til å delta i forsøksprosjektet "Kultur og helse"*. Oslo, 30.04.96.
- NOU 1991:10 *Flere gode leveår for alle*. Sosialdepartementet.
- NOU 1998:18 *Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. Sosial- og helsedepartementet.
- Nyhetsbrev nr. 1 1997: *Prosjekt Kultur gir helse*.
- Nyhetsbrev nr. 5 1998: *Kultur gir helse-prosjektet*.
- Nørve, Siri og Oddrun Sæter 1996: *Levende bydel. Evaluering av utvikling av områdeforvaltning i fire bydeler i Oslo*. Prosjektrapport 203 – 1996. BYGGFORSK, Norges byggforskningsinstitutt.
- Patton, Michael Quinn 1990: *Qualitiv evaluation and reseach methods*. Sage Publication.
- Pausewang, Elin A. 1997: *Mellom visjon og virkelighet. Erfaringer fra etablering av Natur-Kultur-helsesenteret (NaKuHel) i Asker 1995-96*. Oslo, Universitetet i Oslo, Seksjon for trygdemedisin.
- Pløger, John 1997a: *Nærmiljøet som diskursivt iscenesat*. Sosiologisk tidsskrift, Årgang 5, Nr. 3.
- Pløger, John 1997b: *Byliv og modernitet. Mellom nærmiljø og urbanitet*. NIBRs Pluss-serie.
- Predelli, Line Nyhagen 1993: *Visjoner og realiteter: en vanskelig balanse. Evaluering av Senter for Natur-Kultur-Helse*. NIBR, Prosjektrapport 1999:3
- Repstad, Pål (red.) 1993: *Dugnadsånd og forsvarsverker. Tverretatlig samarbeid i teori og praksis*. Oslo, TANO.
- Ryen, Anne 1993: "Nye organisasjoner i gamle strukturer. Om koordineringsvansker ved samordning av offentlige tjeneste gjennom prosjekter". I Repstad, Pål (red.): *Dugnadsånd og forsvarsverker. Tverretatlig samarbeid i teori og praksis*. Oslo, TANO.
- Røiseland, A., Andrewws, T., Eide A.H., Fosse, E. 1999: *Lokalsamfunn og helse. Forebyggende arbeid i en brytningstid*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Schiefløe, Per Morten 1990: *I. Sosiale nettverk, II. Byliv og nærmiljø*. Allforsk AVH, Senter for samfunnsforskning.
- Seip, Anne-Lise 1991: "Velferdskommunen og velferdstrekanten – et tilbakeblikk". I Nagel, Anne-Hilde (red.): *Velferdskommunen. Kommunens rolle i utviklingen av velferdsstaten*. Alma Mater Forlag AS.
- Sosial- og helsedepartementet: *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*. Utbygging av kommunale tiltak, øremerket tilskudd for kommunen 1999.
- Sluttrapport. Kultur gir helse- prosjektet 1997-2000. Bydel Bygdøy-Frogner 14. april 2000.
- St. meld. nr. 16 (1979-80): *Bedre nærmiljøer*. Miljøverndepartementet.
- St. meld. nr. 41 (1987-88): *Helsepolitikk mot år 2000*. Nasjonal helseplan. Sosialdepartementet.
- NIBR-notat 2001:114"

Tellefesen, Terje 1993: "Hva har ideologien å si for hverdagspraksisen? Kunnskapssosiologiske perspektiver på tverretattlig samarbeid". I Repstad, Pål (red.): *Dugnadsånd og forsvarsverker. Tverretattlig samarbeid i teori og praksis*. Oslo, TANO.

Vestheim, Geir 1995: *Kulturpolitikk i det moderne Noreg*. Det Norske Samlaget, Oslo

Wadel, Cato 1991: *Feltarbeid i egen kultur, en innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning*. SEEK A/S, Flekkefjord.

Westhagen, Harald 1984: *Prosjektarbeid: styring, organisering og ledelse*. Universitetsforlaget, Oslo.

Alle kilder i denne oppgaven er oppgitt.