

Bergljot Baklien og Yngve Carlsson

# Helse og kultur

Prosessevaluering av en nasjonal satsing på kultur  
og helsefremmende virkemiddel

Bergljot Baklien og  
Yngve Carlsson

# Helse og kultur

Prosessevaluering av en nasjonal satsing på kultur  
og helsefremmende virkemiddel

NIBR prosjektrapport 2000:11

---

# Forord

Norsk kulturråd og Sosial- og helsedepartementet satte i 1997 i gang et program hvor målet har vært å bruke kultur som virkemiddel i sykdomsforebyggende, helsefremmende og rehabiliterende arbeid. Et tretti-talls prosjekter rundt om i Norge, fortrinnsvis kommuneprosjekter, deltok i programmet. Etter en åpen anbudsrunde fikk NIBR våren 1998 i oppdrag å gjennomføre en evaluering av denne satsingen innen en økonomisk ramme på 1,2 millioner kroner. Evalueringen har vært utført av sosiologene Bergljot Baklien og Yngve Carlsson med førstnevnte som prosjektleder.

I samråd med oppdragsgiver har NIBR vektlagt en prosessorientert evaluering. Den har ikke vært rettet inn mot å måle resultater eller effekter av kulturinnsatsen på folks helse. Evalueringen har derimot vært innrettet mot å beskrive det som skjer i noen utvalgte prosjektkommuner, samt reflektere over hvorfor disse lokale prosjekter utviklet seg slik de gjorde. Spørsmålet er ikke om *Kultur gir helse*, men hvordan. Forskerne har tilstrebet en dialogbasert evaluering, der dialogen med de utforskede og med oppdragsiver underveis i prosessen har fått mye plass. Denne dialogen har delvis skjedd i bilaterale møter med de utvalgte prosjektkommunene, på prosjektutvalgsmøtene på statlig nivå, og på større samlinger med deltakere fra alle prosjektene. Den foreliggende rapport er et viktig element i rapporteringen fra arbeidet, men altså ikke den eneste formidlingsformen.

Forfatterne av rapporten understreker at denne evalueringen har vært et særdeles interessant oppdrag. De har hatt en lang rekke interessante feltsamtaler og dialoger med prosjektledere, fagfolk, ledere og politikere i kommunene, med representanter for frivillige organisasjoner, og med representanter for brukere av de tjenester og tiltak som er iverksatt gjennom dette programmet. De ønsker å takke alle som velvillig har stilt opp til intervjuer eller feltsamtaler og som har formidlet informasjon, erfaringer og innsikt.

Forfatterne vil også takke de som har lest og gjennomgått et tidligere utkast til rapport. En spesiell takk til Georg Arnestad ved Vestlandsforskning og Guri Mette Vestby ved NIBR for grundige og konstruktive kommentarer.

Oslo, juni 2000

Arne Tesli  
Forskningsjef

# Innhold

Forord .....	1
Figuroversikt.....	5
Sammendrag .....	6
Summary .....	10
1 Kultur gir faktisk helse.....	13
1.1 Kultur gjør deg frisk og glad .....	13
1.2 Norsk kulturråd og Sosial- og helsedepartementet i fellesskap.....	14
1.3 Sentrale intensjoner .....	15
1.4 Det udefinerte kulturbegrepet.....	16
1.5 Helse og kultur i lokalsamfunnet: De nære tings betydning .....	19
1.6 Deltakelse og tilhørighet gir helse.....	21
1.7 Evalueringsform og metode .....	22
1.7.1 Dialogbasert prosessevaluering.....	22
1.7.2 Bredde og dybde .....	23
1.8 Rapportens innhold og disposisjon .....	25
2 Kultur som virkemiddel .....	26
2.1 Kulturpolitiske dimensjoner .....	26
2.2 Det instrumentelle kulturbegrep.....	27
2.3 Kulturpolitisk rasjonalitet.....	30
3 Hvordan gir kultur helse ? Eksempler fra forsøksfloraen .....	34
3.1 Helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende arbeid.....	34
3.2 Prosjekter og tiltak for brede grupper.....	36
3.2.1 Dans for de mange.....	36
3.2.2 Fysisk aktivitet for de mange .....	37
3.3 Integrering gjennom felles aktivitet .....	38
3.3.1 Integrering i det ”normale” ungdomsmiljøet.....	39
3.3.2 ”Happening” for marginaliserte grupper .....	40
3.3.3 Drama i skolen – rettet mot <i>ett barn</i> i en integrert setting.....	41
3.3.4 Å gjøre kulturtilbudet tilgjengelig for ”småforbrukerne” .....	42
3.3.5 Biblioteket som møteplass .....	43
3.4 Aktiviteter i en segregert setting .....	44
3.4.1 Uttrykksterapi for flyktninger og asylsøkere.....	45
3.4.2 Musikkterapi for flyktningebarn .....	46
3.4.3 Friluftstiltak for mennesker med psykiske lidelser .....	47
3.4.4 Minnegrupper og erindringsarbeid for eldre .....	47
3.5 Oppsummering av hva som faktisk er gjennomført .....	48
4 Statlige initiativ og kommunale strategier .....	50
4.1 En vid ramme med store valgmuligheter .....	50
4.2 Det ”spisse” fagutviklingsprosjektet .....	51
4.3 Å satse på det man allerede har .....	52

4.3.1	Førde – videreutvikling av et pågående arbeid .....	53
4.4	Det åpne utgangspunkt – ”la alle blomster blomstre ” .....	54
4.5	Forebygging basert på en kommunediagnose .....	57
4.6	Flink prosjektjeger med svakt mottakerapparat .....	60
4.6.1	Problemprosjektet i Karasjok? .....	60
4.6.2	Lokale planer: Frivillighetsentralen som base .....	61
4.6.3	Trange økonomiske kår for prosjektet.....	62
5	Hvordan gikk det – egentlig? .....	64
5.1	Hvorfor en detaljert kommunepresentasjon? .....	64
5.2	Førde - utviklingsarbeid gjennom institusjoner og tjenesteapparat.....	65
5.2.1	Noe får man til.....	65
5.2.2	Noe får man ikke til.....	66
5.2.3	Førde – oppsummert og vurdert.....	68
5.3	Arendal – de blomster som spirer de vanner man.....	69
5.3.1	Et stifinnerprosjekt .....	69
5.3.2	En åpen prosess – hvor prosjektspirer dyrkes fram.....	69
5.3.3	Et utviklingsarbeid innrettet på å bygge opp ildsjeler .....	70
5.3.4	Delprosjekter som er avblomstret .....	72
5.3.5	Arendals tilnærming oppsummert og vurdert .....	72
5.4	Levanger: En selvforsterkende positiv prosess som ender i en motbakke ....	73
5.4.1	Utgangspunktet .....	73
5.4.2	Et forsøksprosjekt som utfordret kultursektoren .....	74
5.4.3	Faglig kraftsentrum med mange arenaer for kommunikasjon.....	75
5.4.4	Mange målgrupper, delprosjekter og tiltak .....	76
5.4.5	Levangers arbeid – oppsummert og vurdert.....	77
5.4.6	Når HELKUL motvirkes av andre prosesser og prioriteringer .....	78
5.5	Tinn – et prosjekt i periferien av kommuneorganisasjonen .....	79
5.5.1	Politisk styring, administrativ frakobling og uklar strategi .....	79
5.5.2	En ung prosjektleder i et system uten entusiasme .....	81
5.5.3	En ”målgruppestrategi” med få å spille på.....	81
5.5.4	Å nå marginaliserte grupper .....	83
5.5.5	Nye initiativ på slutten av forsøksperioden.....	86
5.5.6	Tinn – oppsummert .....	87
5.6	Karasjok – et antropologisk utgangspunkt .....	87
5.6.1	Mange engangstiltak i et noe usynliggjort prosjekt.....	87
5.6.2	Administrativ forankring gjennom prosjektgruppa .....	88
5.6.3	<i>Kultur gir helse</i> som ordinær kommunal aktivitet .....	90
5.6.4	Kommunen som medspiller eller motspiller .....	91
6	Prosjekt, prosess og oppslutning .....	94
6.1	Lokale endringsprosjekter i etablerte strukturer.....	94
6.1.1	Kultur som virkemiddel og endringsinstrument.....	94
6.1.2	Mobilisering og forankring .....	94
6.2	Oppslutning fra politikerne .....	96
6.2.1	Politiske medspillere og motspillere .....	96
6.2.2	Kan politisk engasjement bli sand i forsøksmaskineriet?.....	97
6.2.3	Økonomiske rammebetingelser og politisk forankring .....	98
6.3	Prosjektlederrollen .....	100
6.3.1	Å lede uten styrings- og instruksjonsmyndighet .....	100
6.3.2	Prosjektleders handlingsrom .....	100
6.3.3	Rolleatferd og oppgaver .....	101
6.3.4	Ingen kan dekke alle oppgavene like godt .....	105

6.3.5	Tre kompetansetyper .....	105
6.4	Tverretatlig kommunikasjon og samarbeid.....	106
6.4.1	Kommunikasjon og perspektivskifte.....	106
6.4.2	Tverretatlig aktivitetssamarbeid .....	108
6.4.3	Nærhet og kommunestørelse - strukturelle rammer for tverretatlig kommunikasjon .....	109
6.5	En epilog om oppslutning og autoritet .....	111
7	Målgrupper, brukere og medvirkning .....	113
7.1	Klient, konsument eller medarbeider .....	113
7.2	Brukermedvirkning som delmålsetting .....	114
7.3	Målgrupper – hvem skal medvirke?.....	116
7.4	Brukermedvirkning på sentralt nivå.....	117
7.5	Lokal brukermedvirkning.....	118
7.6	Brukermedvirkning på individnivå .....	119
7.7	Brukerne, kultursjefen og Rådhuskaféen .....	120
7.8	Bingo og røykerom kan gi helse .....	122
7.9	Når brukerne har mer kulturell kapital enn hjelperne .....	123
7.10	Å leve selv om man er innlagt.....	124
7.11	Kulturgrupper i psykiatrien .....	127
7.12	Stigmatisering i urbane og rurale kontekster.....	128
7.13	Konsumenter og utøvere, i dialog eller i styringsposisjon .....	131
8	Forandring og forankring: Veien videre .....	133
8.1	Forandring for enkeltindivider .....	133
8.2	Et utvannet kulturbegrep? .....	134
8.3	Perspektivskifte på strukturnivå .....	136
8.4	Stifinnere på motorveien .....	137
8.5	Forankring fryder .....	139
8.6	Forankring først og sist .....	141
8.7	Prosjektoptimismen.....	143
8.8	Prosjekter og perspektiver .....	144
	Litteratur .....	146
	Offentlige dokumenter:.....	152
	Vedlegg 1 Noen enkelttiltak i Førde og Levanger.....	153
	Vedlegg 2 Oversikt over delprosjektene og deres sentrale tilknytning .....	158

---

## Figuroversikt

Figur 1.1	<i>Deltagelse og tilhørighet gir helse</i> .....	21
Figur 2.1	<i>Kultur gir helse mellom systemverden og livsverden</i> .....	33
Figur 3.1	<i>Forebyggende og helsefremmende arbeid</i> .....	35
Figur 7.1	<i>Risikofaktorer fører til sykdom</i> .....	115
Figur 8.1	<i>Kultur gir bedret tilhørighet</i> .....	134
Figur 8.2	<i>Kultur gir helse – direkte og indirekte</i> .....	135
Figur 8.3	<i>Det er ikke bare kultur som gir helse</i> .....	136
Figur 8.4	<i>Prosessen fram mot resultatene</i> .....	143

# Sammendrag

*Bergljot Baklien og Yngve Carlsson*

## **Helse og kultur**

Prosessevaluering av en nasjonal satsing på kultur og helsefremmende virkemiddel  
NIBR prosjektrapport 2000:11

*Kultur gir helse* har vært en fellessatsing fra Norsk kulturråd (Nkr) og Sosial- og helsedepartementet (SHD). NIBR har gjennomført en prosessevaluering av satsingen. Hovedmålsettingen med *Kultur gir helse* var å styrke lokalsamfunnets og kommunenes innsats i det helsefremmende og forebyggende arbeidet med basis i lokalt og regionalt kulturliv. Ved siden av å dokumentere en del av det som er gjennomført i de lokale prosjektene, søker evalueringen å vise sammenhengen mellom kultur og helse, både på individnivå og i de fylkene, kommunene og bydelene som har deltatt i programmet.

*Kultur gir helse*- satsingen har vært et eksempel på instrumentell bruk av kulturen, dvs at kulturtiltak og kulturuttrykk er brukt for å oppnå mål utenfor det tradisjonelle kulturfeltet. Slik instrumentell bruk kan føre til legitimitetsproblemer, og hvordan det har skapt enkelte spenninger fordi det bryter med kultursektorens tradisjonelle tilnærming til sine brukere - publikum - og sine samarbeidspartnere.

*Kultur gir helse* var initiert sentralt, og ble iverksatt lokalt. Fra sentralt hold ble det gitt få rammer og stor frihet, dermed var det stort rom for lokale tilpasninger. Evalueringen viser store variasjoner mht. hvordan forsøket er oppfattet og definert lokalt. Utgangspunktet hadde stor betydning for den videre implementeringen. Noen prosjektkommuner brukte *Kultur gir helse* som en forlengelse av et allerede pågående arbeid. Der var strategien lagt før prosjektinvtasjonen kom. Andre steder, bl.a. i Rygge, Førde og Bjugn, og i en viss grad også i Vestfold og Nordland fylkeskommuner, brukte de *Kultur gir helse* som en oppfølger av andre forsøk og prosesser. For noen prosjektkommuner var utgangspunktet preget av at ”man tager hva man haver..... – og forsøker seg med en søknad”. Andre igjen benyttet sjansen til å tenke nytt, og ble preget av at man lot seg inspirere av utlysningen og så tenkte ut en strategi.

Evalueringen ser på utgangspunktet, og på hvilke konsekvenser det fikk for eierforhold og forankring eller rotfeste. I prosjektfloraen har vi lokale prosjekter både med og uten rot. Deltakelsen i *Kultur gir helse* fungerte som gjødsel for planter som allerede i utgangspunktet sto i svært ulikt jordsmonn. Når de lokale prosjektene med størst røtter og best jordsmonn – Levanger og Uranienborg-Majorstuen er eksempler på slike - fikk mest gjødsel, er det kanskje ikke så rart at det ble store forskjeller i hvordan de utviklet seg.

De lokale prosjektene vokste altså fram i svært så ulike kontekster. Det dreier seg for det første om at synliggjøring og stigmatisering av marginaliserte grupper arter seg forskjellig på store og små steder. Byens sosiale omgangsformer kan anonymisere og gi sosial isolasjon. Men felles skjebne kan gi aktivitet, trøst og fellesskap. Der vil segregerte tiltak



være relativt lite stigmatiserende. I bygdebyen, det vi kaller rurbane områder, har man mange steder overtatt byens eksklusive sosiale omgangsformer, samtidig som segregerte tiltak stigmatiserer.

For det andre dreier kontekstperspektivet seg om at små kommuner gir tette nettverk å samhandle igjennom. Samtidig kan konflikter langs samhandlingsrelasjonene få lov til å bli hemmende i småkommunene. Men jo mindre kommune, jo mer synlig blir prosjekter som *Kultur gir helse*. De kan få prestisje og positiv oppmerksomhet. I større kommuner er det gjerne tyngre å bygge nettverk. Derimot er handlingsrommet gjerne romsligere. Man kan gå rundt eventuelle konflikter og finne alternative alliansepartnere. For prosjekter som *Kultur gir helse*, kan det bli et problem at de blir lite synlige. Det er lett å drukne i andre prosjekter og utviklingsoppgaver.

For mange av kommunene har det vært viktig å ha en materiellstruktur og institusjoner som de kunne koble arbeidet mot. Det gav prosjektarbeidet retning. Dagsenteret for mennesker med psykiske problemer, Elvhuset, var viktig i Førde, og det nye biblioteket i Arendal ble basis for viktige deler av prosjektvirksomheten der. Samtidig kan man kanskje undre seg over at ikke flere av prosjektkommunene har gjort mer for å utnytte de kulturinstitusjoner de allerede hadde innenfor sine grenser.

Et tredje aspekt ved kontekstperspektivet, dreier seg om at flere av prosjektene eksplisitt og direkte har forholdt seg til lokalsamfunnskulturen. Tydeligst er det i Karasjok, der en truet samisk kultur var utgangspunktet. Men også Uranienborg-Majorstuen bydel i Oslo bygget viktige deler av sitt prosjekt på kunnskap om lokalbefolkningens kulturelle kapital. Et tredje eksempel er Tinn kommune, der industriarbeiderkulturen spilte en sentral rolle.

De forskjellige kontekstene har altså vært viktige på flere måter, ikke minst fordi de har gitt handlingsrom til de individuelle aktørene. I den sammenheng har vi lagt særlig vekt på prosjektlederrollen. De fleste stedene hadde prosjektlederen stor frihet for personlig rolleutforming. Evalueringen viser også at det var store forskjeller med hensyn til administrativ og fysisk plassering, og på hva slags status prosjektlederen hadde i sitt lokale system. Ikke minst var det forskjeller i hva de hadde av penger og andre virkemidler å spille på. For å nevne tre ytterpunkter, hadde prosjektet i Førde relativt romslig med frie midler, men en liten prosjektlederressurs, Arendal hadde en stor prosjektlederressurs og lite frie midler, mens Levanger kommune hadde mye av begge deler. Dessuten hadde prosjektledelsen i Levanger en viktig ressurs i sin nærhet til og kontakt med kommunens ledelse.

Det er store forskjeller i hva slags personer som ble rekruttert til prosjektlederjobben. Noen kommuner brukte ekstern utlysning og mye arbeid for å finne den rette. Blant prosjektlederne har vi kulturarbeidere, helsearbeidere og politikere med ulik alder, faglig tyngde og lokalkompetanse. Evalueringen oppsummerer at den idéelle prosjektleder neppe finnes. Samtidig har vi sett at den enkeltes svakheter kan motvirkes gjennom andre grep. Noen steder er prosjektlederrollen vanskelig gjort av ulike kontekstuelle faktorer. Mye tyder på at prosjektene i Tinn, Bjugn, Steinkjer og Karasjok er eksempler på det. Andre steder har det vært enklere, for eksempel i Arendal, Førde og Levanger.

Vekten på kontekst og på individuelle aktører kan lett tildekke det dynamiske utviklingsaspektet i et prosjekt som *Kultur gir helse*. Derfor er det også nødvendig med et prosessperspektiv. Det synliggjør at innsats og engasjement har vært både forutsetning og resultat i prosjektene. Vi har også sett på forankringens utfordring, og viser betydningen av engasjement fra den politiske ledelsen, det administrative lederskiktet og "nær-

byråkratene". Samhandlingsprosessene mellom prosjektet og relevante andre, og med ulike fag og etater, gir oss eksempler på både gode samarbeidsspiraler, slik vi så det i Levanger, og mindre gode prosesser, der vi bruker Tinn som eksempel.

Brukermedvirkning har vært en delmålsetting ved *Kultur gir helse*. Dette må selvfølgelig sees i forhold til hvilke brukere det er snakk om, og her har målgruppene vært mange og svært forskjellige. Noen få har satset på bare én målgruppe, mens andre spenner svært vidt. I den ene enden av skalaen har vi Kristiansand, med flyktningebarn med krigsopplevelser bak seg som eneste og ganske snevre målgruppe, og i den andre enden de prosjektkommunene som gikk bredt ut og ville nå hele befolkningen. Den store bredden i hvilke målgrupper de lokale prosjektene har satset på, gjør det tilnærmet umulig å sammenlikne dem. Noen målgrupper er lette å nå, og noen er vanskeligere. Noen er allerede opplært til å samles om en eller annen form for kulturtiltak, andre er det ikke. Vi viser også at man ikke skal undervurdere brukerne, verken når det gjelder kulturell kapital, eller deres evne til selv å vurdere hvilke tiltak som kan virke stigmatiserende.

Direkte brukerstyring har det vært lite av i *Kultur gir helse*. Derimot har brukerperspektivet vært viktig. Det kan betraktes som den forsiktigste formen for brukermedvirkning, og innebærer at myndighetene eller de som skal yte hjelp har forsøkt å handle brukerorientert for å sikre at tiltak eller tilbud er brukerrettet. For helsearbeiderne ser det ut til å føre til spørsmål om hvilke aktiviteter som kunne gi brukerne sosial trening og gjøre dem friskere. Kultursiden har ikke en tilsvarende forpliktelse til å hjelpe noen, og da blir "brukerbrillene" mer et spørsmål om hva som skal til for å inkludere de aktuelle brukerne i kulturlivet.

Evalueringen viser at kultur har gitt helse på to forskjellige måter. For det første har mange aktiviteter og tiltak bidratt til helse gjennom å gi målgruppene trivsel og samvær, og derigjennom en rolle og en plass i et lokalmiljø. Marginaliserte grupper og enkeltindivider er flyttet fra marginen og inn i "det gode selskap". Den kulturen som kan anrettes slik at den gir identitet og tilhørighet, har altså gitt helse. Denne indirekte virkningen er den vanligste, og en av årsakene er kanskje at det helse- og sosialarbeidere har vært drivkraften i mange av delprosjektene. For mange av dem er dette en kjent og naturlig tilnærming.

For kulturarbeidere som har vært involvert i prosjektet, har imidlertid ikke denne måten å bruke kulturen på vært helt uproblematisk. I blant var ikke lenger det sosiale livet rundt kulturaktiviteten et biprodukt, men selve hovedsaken. Enkelte har bekymret seg over at kulturbegrepet i *Kultur gir helse* ikke bare var utvidet, man også utvannet. Evalueringen viser imidlertid også at kultur har gitt helse på en annen og mer direkte måte, nemlig ved å gi opplevelser og livsinnhold. Vi har snakket med brukere som både har vektlagt selve kulturopplevelsen, og som har vært opptatt av å stille kvalitetskrav til de kulturaktivitetene de ble tilbudt.

Rundt omkring i prosjektkommunene har det også skjedd mye som har satt kulturdefinisjonen på prøve. Når de eldres reiseklubb i en av prosjektkommunene reiser til Kanariøyene, er det kanskje først og fremst samværet i sol og varme som har vært helsebringende. I andre delprosjekter har vi sett at det å gi folk mestringsopplevelser har vært viktig. Evalueringen minner med andre ord om det selvfølgelig i at det er ikke bare kultur som gir helse!

Evalueringen viser hvordan gjennomføring av kulturtiltak overfor målgruppene forutsetter kunnskap, motivasjon og kapasitet i pleie- og omsorgssektor og blant dem som arbeider i kulturinstitusjoner og kulturforvaltningen. Hva man har fått til av *Kultur gir*

*helse*-tiltak er også avhengig av hvor aktivitetsorientert systemet rundt brukerne er i utgangspunktet. I de organisasjoner og institusjoner hvor aktivitet allerede er et viktig virkemiddel i helsefremmende og rehabiliterende arbeid, har de ansatte ofte hatt både motivasjon og kapasitet til å satse på nye tiltak eller forbedre kvaliteten på de aktivitetene som brukerne deltar på. I første rekke gjelder dette dagsentre og institusjoner for mennesker med psykiske lidelser. *Kultur gir helse* har gitt økonomiske stimuleringsmidler, kunnskap og legitimitet til økt satsing på kultur og aktiviteter i slike organisasjoner. Det har vært et godt jordsmonn å gjødsle gjennom et statlig program.

Å ta i bruk kulturtiltak og aktiviteter innen organisasjoner som i liten grad har definert dette som en del av sitt handlingsrepertoar, har gått tyngre. Mange ansatte i kommunale omsorgstjenester er utsatt for et betydelig arbeidspress, og da skal det ekstra mye motiveringsarbeid til for å få dem til å endre perspektiv og praksis i retning av mer aktiviteter og mindre tradisjonell stell og pleie. Hvis denne type endring ikke har sterk oppslutning i etatens ledelse og på mellomledernivået, kan en ikke regne med at de ansatte for øvrig skal gjøre endringer. De ”menige” sykepleiere, hjelpepleiere, pleiemedhjelpere og hjemmehjelpere må også trekkes inn i utviklingsarbeidets kommunikasjons- og motivasjonsprosesser hvis en skal forvente en endring av perspektiv og praksis.

Vi ser likevel klare uttrykk for *Kultur gir helse* – satsingen også har hatt konsekvenser på det vi kunne kalle strukturnivå. I mange av kommunene som har deltatt, har vi sett tendenser til et perspektivskifte. Det er lagt et grunnlag for samarbeid mellom etater, posisjoner og personer som tidligere har arbeidet svært så adskilt. De endringene vi kan spore her, er kanskje viktigere enn det som har skjedd for enkeltbrukere, fordi de kan få konsekvenser lenge etter at *Kultur gir helse* er over. Samtidig ser vi at satsing på å bruke kultur og aktivitet som virkemiddel i sykdomsforebyggende, helsefremmende og rehabiliterende arbeid, må understøttes med både helsemessige, økonomiske og etiske argumenter. Det finnes neppe enkle argumenter som kan åpne for politiske omprioriteringer i forhold til dette satsingsområdet eller skape motivasjon hos ansatte innen helse- og sosialsektor og kultursektor. Trolig forutsetter det en kontinuerlig kommunikasjon på flere arenaer mellom ulike aktører i dette feltet, for at en slik satsing skal få større gjennomslag, både på lokalt og sentralt nivå.

# Summary

*Bergljot Baklien and Yngve Carlsson*

## **Health and Culture**

Process evaluation of a national drive to enlist culture as a means to enhance health

NIBR Report 2000:11

The project entitled *Culture is Healthy* was a joint initiative between the Norwegian Council for Cultural Affairs (Nkr) and the Ministry of Health and Social Affairs (SHD). NIBR has conducted a process evaluation of the programme. The prime aim of *Culture is Healthy* was to strengthen the prophylactic and health-promotional efforts of local communities and municipalities with a basis in cultural life locally and regionally. Besides documenting some of the achievements of the local projects, the evaluation also tries to show the connection between culture and health, both at the level of the individual and in those counties, municipalities and urban neighbourhoods that participated in the programme.

The programme *Culture is Healthy* is an example of the instrumental use of culture, that is, that cultural initiatives and cultural manifestations have been put to use to achieve goals beyond the traditional confines of the cultural sector. Such instrumental use can give rise to problems of legitimacy and cause friction simply because it is at odds with the conventional stance of the cultural sector towards its users – its public – and partners and associates.

While the original initiative for *Culture is Healthy* came from the central authorities, it was put into practice locally. The central authorities drew up a very liberal regulatory framework, allowing a large measure of freedom and room for variety and adaptation at the local level. The evaluation reveals wide-ranging variations with regard to the ways in which the programme was conceived and defined locally. One's starting point had great implications for subsequent practices and implementation. Some project municipalities used *Culture is Healthy* as an extension of already ongoing work. In these cases the strategy was laid out before the invitation to take part in the programme had arrived. Elsewhere, *Culture is Healthy* was used as a follow-up of other schemes and processes. For some project municipalities, the approach was characterised by "you take what's available ... and it won't harm to send in an application". For yet others the project provided an opportunity to do some innovational thinking; notice that the programme was in the bedding provided the initial motivation, and they set about to formulate a strategy.

The evaluation considers the various points of departure, and the effect they had on ownership and standing. Among the array of projects we find local projects with and without a solid foothold. Participation in *Culture is Healthy* acted as a fertilizer for plants that were already established in varying types of soil. Since the local projects with the sturdiest roots and best soil received the greatest amount of fertilization, it is small wonder that widening gaps emerged as the various projects developed.

The context in which the local projects were embedded, then, varied from place to place. First, the visibility and stigmatisation of marginal groups varies between large and small communities. Customs and conventions in urban areas can result in anonymity and social isolation. But common destinies and experiences can spur activity, provide comfort and generate a sense of community. There, segregated initiatives will not result in stigmatisation to the same extent. Many semirural communities, what we call rurban areas, have started to emulate the excluding social conventions of city life; nevertheless segregated measures still have the power to stigmatise.

Second, the context perspective also concerns the fact that small municipalities provide tightly knit networks through which interaction can be channelled. On the other hand, conflicts arising among collaborators can be restrictive in small communities. But the smaller the municipality, the greater the visibility of projects like *Culture is Healthy*. They can acquire prestige and positive attention. In larger communities, work to build networks is often more demanding, though there is often greater room for manoeuvre. For example, it is possible to circumvent possible conflicts by finding other partners with whom to ally oneself. A problem for projects such as *Culture is Healthy*, is that they easily can fade away into relative obscurity. It's easy to become invisible surrounded by other projects and development schemes.

Several of the projects have consciously adapted to the culture of the local community. The clearest case was in Karasjok, where a threatened Sami culture provided the backdrop. But the urban neighbourhood of Uranienborg-Majorstua in Oslo built significant parts of its project on a knowledge of the local population's cultural capital. The varying contexts, then, have been important in more ways than one, not least because they have provided scope for action for the individual players. In this connection, we have placed particular weight on the role of the local project leader. The evaluation reveals the existence of wide differences with regard to the actual location of the projects, administratively and physically, and with regard to the status of the project leader within their own local systems. These differences were apparent not least with regards to the level of funding and other resources available to the projects.

User participation was one of the intermediate aims of *Culture is Healthy*. This has to be seen in relation to the types of users involved, and the target groups have been numerous and very different. Some of the projects focused only on one particular target population while others aimed far wider. At one end of the scale we have Kristiansand, whose only and relatively narrowly composed target group consisted of refugee children with war experiences behind them, and, at the other, the project municipalities that launched a comprehensive campaign in an attempt to reach all sections of the population. The wide variety among the projects' designated target groups makes it almost impossible to compare them. Some target groups are easy to reach, some are difficult. We also show that one should not underestimate the users, either with regard to cultural capital or their ability to tell which initiatives will have a stigmatising effect.

The evaluation shows that culture has promoted health in two different ways. First, many activities and initiatives have enhanced well-being by giving the members of the target groups something to enjoy and an opportunity to experience the company of others, and, thereby, a role and a place in a local community. Marginalized groups and individuals have migrated from a place on the fringes of society to a place within it. Thus we can say that culture that has been put to use in such a way as to confer a sense of identity and belonging has given better health. This indirect effect is the most common, and one of the reasons is, perhaps, that health and social workers have been the driving force behind

many of the sub-projects. For many of these workers, this is a well-trodden and natural approach.

However, for the cultural workers that became involved in the projects, this use of culture has not been without its problems. Occasionally, the social life engendered by the cultural activities ceased to be an incidental by-product, and became the main issue. Some cultural workers have been anxious that the notion of culture in *Culture is Healthy* not only has been expanded, but positively diluted. However, the evaluation also shows that culture has given health in another and more direct way, namely by giving people things to experience and a purpose in life. We have talked to users who have stressed the importance of the cultural aspect and who have been engaged in making demands on the quality of the cultural activities offered them.

The evaluation shows that the implementation of cultural initiatives for target groups requires knowledge, motivation, and capacity in the nursing and care sector and among people working in cultural institutions and in public administrations. The outcome of *Culture is Healthy* has also depended on how activity-oriented the system surrounding the users was to start with. In organisations and institutions where activity was already an important means in health-promoting and rehabilitation work, staff have often had the motivation and capacity to go in for new schemes or increase the quality of the activities already on offer. This primarily applies to day centres and mental health institutions. *Culture is Healthy* has provided economic incentives, knowledge and legitimacy to underpin the work to enhance culture and activity in such organisations. The soil fertilised by the state programme was a good soil.

Putting cultural initiatives and activities into operation within organisations which only to a small degree could count these types of techniques among their "stock in trade", was a harder process. Many employees in municipal care services are exposed to considerable work pressures, and, in such cases, much more motivational effort is required to get them to realign their perspectives and practices in the direction of more activities and less traditional nursing and caring. If this type of change does not have the strong backing of departmental or agency leaderships and middle management, then one can hardly expect the rest of the staff to make the changes. The "rank and file" personnel such as nurses, nursing assistants, and domiciliary care workers also need to be involved in the communication and motivation processes in the development work if one is to expect any change in perspectives and routines to occur.

Nonetheless, there is evidence that the *Culture is Healthy* programme has had an impact on what we might call the structural level. In many of the involved municipalities we have seen a tendency to adopt different perspectives. A foundation has been laid for co-operation between agencies, positions in the hierarchy and persons who up to now have worked quite independently of one another. The changes we see in evidence here are perhaps more significant than the changes experienced by individual users, because they can continue to make an impact long after the termination of the *Culture is Healthy* programme. At the same time we note that the use of culture and activity in prophylactic, health-enhancing and rehabilitation work requires the underpinning of arguments of a health-related, economic and ethical nature. There is probably no single or easy argument that can precipitate a re-ordering of political priorities in this area, or create the necessary level of motivation among workers in the health and social sector and the cultural sector. For this type of endeavour to win greater acceptance, both locally and at the level of the central authorities, a continuous dialogue in several arenas between the different players involved would, no doubt, be required.

# 1 Kultur gir faktisk helse

## 1.1 Kultur gjør deg frisk og glad

Spørsmålet om hvorvidt *Kultur gir helse*, har møtt oss mange ganger i løpet av evalueringen. Særlig har journalister spurt oss: Nå, er det riktig at kultur fører til helse, da? De regner med at når vi evaluerer et prosjekt som heter *Kultur gir helse*, så er det spørsmålet vi skal finne svar på. Men spørsmålet yter litt lite motstand og er vel lett å besvare. Kanskje er det til og med feil stilt. Spørsmål der svaret er opplagt, er stort sett uinteressante. Kultur gir faktisk helse! Eller mer presist: Kultur kan gi helse! Det har vi mange eksempler på, både innenfor og utenfor denne satsingen. Vi har hørt brukere av tiltak innenfor denne satsingen si det høyt, tydelig og med ettertrykk, ikke et sted og en gang, men mange steder og mange ganger. *Kultur gir helse!* Det gjelder for unge og gamle i dansegruppene i Rygge, det gjelder for deltakerne i turgruppa i Levanger, for malegruppa i Bygdøy-Frogner og for mange andre som vi skal beskrive nærmere i løpet av denne rapporten. Eller for å si det som det sto i en overskrift etter at en journalist hadde skrevet om dette: Kultur gjør deg frisk og glad.

Spørsmålet om *Kultur gir helse* er med andre ord en litt uinteressant problemstilling. Å bruke evalueringen til å samle inn slike utropstegn-utsagn fra brukerne, ville være å slå inn dører som allerede var temmelig åpne. Derimot er det en del spørsmålstegn som er interessante. For eksempel:

**Hvordan er egentlig sammenhengen mellom kultur og helse?**

**Hva slags kultur fører til helse?**

**Når fører kultur til helse?**

Og ikke minst:

**Hvilke forutsetninger må oppfylles for at kultur skal gi helse?**

Dessuten:

**Hvilke andre konsekvenser har *Kultur gir helse*- satsingen - for eksempel i lokalforvaltningen i de kommunene som har deltatt?**

Slike spørsmål er det denne rapporten skal forsøke å gi svar på. Men først må vi presentere selve *Kultur gir helse*- satsingen.

## 1.2 Norsk kulturråd og Sosial- og helsedepartementet i fellesskap

*Kultur gir helse* har vært en fellessatsing fra Norsk kulturråd (Nkr) og Sosial- og helsedepartementet (SHD). Selve betegnelsen *Kultur gir helse*, som i denne evalueringen brukes om satsingen som helhet, er egentlig bare navnet på Kulturrådets del av satsingen. Kulturrådet inviterte i april 1996 alle landets kommuner til å søke om deltakelse i prosjektet, og det kom inn søknader fra ca 100 kommuner. I juli 1996 valgte Kulturrådets faglige utvalg for kultur og helse ut 19 forsøksområder<sup>1</sup>. I hovedsak var forsøksområdene en kommune i hvert fylke, med det unntak at Oslo var representert med en bydel, og Nordland med et fylkeskommunalt prosjekt med aktivitet i flere av kommunene i Nordland. Bevilgningsrammen har vært mellom 4.7 og 5.7 mill. kr pr år i de tre årene (1997-1999) prosjektet har pågått.

Sosial- og helsedepartementet har finansiert 24 lokale forsøksprosjekter innen satsingen. Av disse var 8 samtidig delprosjekter innen Kulturrådets prosjekt, mens 8 foregikk i samarbeid med Rikskonsertenes satsing "2kryss". Departementets prosjektportefølje ble kalt "Helse/kultur-satsing", og har hatt en årlig bevilgningsramme på ca 3.5 millioner kr. I tillegg har departementet bidratt med en årlig sum til Kulturrådets del av prosjektet. I 1999 var denne summen på kr 600 000,-. Evalueringen – som altså har resultert i foreliggende rapport - ble samfinansiert av Kulturrådet og departementet.

Ideen om at «*Kultur gir helse*» ligger som et grunnleggende premiss for satsingen. I Norge ser vi gjerne denne i forhold til den såkalte "10-90" – regelen som Peter F. Hjort sies å ha hentet hjem fra USA (Hjort 1995:3): Helsetjenesten bestemmer bare 10% av befolkningens helse, mens resten bestemmes av forhold utenfor helsevesenet, dvs. samfunnsforhold, levekår og livsstil. Samfunnet har blitt rikere, men livet har ikke blitt lettere (jfr også Skårberg 1996:101). Eller som det heter i folkehelsemeldingen: "De fleste og viktigste beslutningene tas utenfor helsesektoren" (NOU 1998:18, side 165).

Kultur og helse er tradisjonelt forankret i adskilte og ulike organisasjoner. Kulturaktivitet sees gjerne som et mål i seg selv, mens innsats på helseområdet har en instrumentell innretning. Det nye i *Kultur gir helse* - satsingen lå i at kultur ble tatt i bruk som *virkemiddel* for å bedre livskvaliteten for bestemte pasient/klientgrupper (SHD), og for på mer generelt grunnlag å «styrke lokalsamfunnets og kommunens innsats i det helsefremmende og forebyggende arbeidet med basis i lokalt kulturliv» (Nkr).

Som vi skal komme tilbake til, bygget tiltaket på et kulturbegrep med en vid, deskriptiv definisjon. Man ønsket å ta «kultur i vid forstand» (Nkr, strateginotat) i bruk som helsefremmende virkemiddel. Når departementet og Kulturrådet la såvidt åpne definisjoner av virkemidlene («kultur») til grunn, er det mye som tyder på at det var et bevisst valg. Man regnet med at utsiktene til å lykkes skulle øke «...hvis lokalmiljøet som ønsker denne typen satsing, i samarbeid med brukerne, konkretiserer innholdet i prosjektene» (SHD), og «... det må tilstrebes en prosess på tvers av etater og tradisjonelle sektorgrenser, der ulike typer institusjoner og organisasjoner involveres.» (Nkr)

Invitasjonen til lokale myndigheter la med andre ord temmelig vide rammer for hvilke tiltak som kunne omfattes av satsingen. I lys av at det var lokale forvaltningsnivå som skulle iverksette sentralt formulerte ideer og initiativ, var det i evalueringen interessant å studere hvordan initiativ ble «oversatt» til praktiske prosjekt på lokalplanet. Fra andre

<sup>1</sup> Se vedlegg 2 for oversikt over prosjektene.



evalueringer visste vi at sannsynligheten for suksess øker når det lokale nivået finner at de «kan bruke» det sentrale initiativ til noe. Vi har i andre sammenhenger vist at lokale ildsjeler som griper det sentrale initiativ kan ha stor betydning for lokal implementering (Baklien 1989A og 1989B, Phillips 1988).

Implementeringsprosessen var særlig interessant i dette prosjektet fordi initiativtaker ikke bare var én etat eller én departementsavdeling. Tvert imot hadde initiativet to sentrale avsendere som normalt ville forholde seg til adskilte deler av den lokale forvaltning. I andre evalueringer har vi vist at forskjeller i virkelighetsoppfatning kan være stor selv innen samme departement (Baklien 1995). At *to så ulike forvaltningsområder* skulle utforme og gjennomføre felles tiltak så vi i utgangspunktet på som en utfordring både på sentralt og lokalt nivå.

### 1.3 Sentrale intensjoner

*Norsk kulturråd* viser i grunnlagspapirene til at Kulturrådet har tre hovedoppgaver<sup>2</sup>. De skal være rådgivende organ for myndighetene i kulturspørsmål, de skal forvalte Norsk kulturfond, og de skal ta initiativ på kulturområder der de mener det er særlig behov for innsats. Slike initiativ kan enten ta form av utviklings- og forsøksprosjekt, eller at de velger ut særskilte tidsavgrensede satsingsområder i tillegg til de faste arbeidsområdene. Kultur og helse ble etablert som et nytt satsingsområde i mars 1995.

Kulturrådets virksomhet er preget av formålene til Norsk *kulturfond*, som har ”som formål å stimulere skapende åndsliv i litteratur og kunst, verne om vår norske kulturarv, og virke for at flest mulig skal få del i kulturgodene” (vedtektenes § 2). I retningslinjene for bruken av kulturfondets midler, legges det opp til at de skal brukes til å fremme litteratur, musikk, bildende kunst, filmkunst osv. Sett på denne bakgrunnen er det interessant at i *Kultur gir helse*, nevnes ikke den profesjonelle kunsten, som altså ellers framheves som Kulturrådets arbeidsområde. Tvert i mot, legger man i grunnlagspapirene vekt på at:

”... mestring av egen livssituasjon er et vilkår for trivsel og velferd. Tilhørighet og deltakelse øker vår kompetanse og evne til å ta ansvar for oss selv. Tilgjengelighet til kulturtilbud – og aktiviteter er vesentlig både for den enkeltes utvikling og for utvikling av trygge og gode nærmiljøer og sosiale nettverk. Kultur i vid forstand virker mobiliserende, stimulerende og integrerende, og utløser positive ressurser hos mennesker. Kulturelle aktiviteter og virkemidler representerer derfor viktige elementer i det helsefremmende og forebyggende arbeidet.”

Hovedmålsettingen med *Kultur gir helse* var å

”... styrke lokalsamfunnets og kommunenes innsats i det helsefremmende og forebyggende arbeidet med basis i lokalt og regionalt kulturliv.”

Som en spesifisering av hovedmålsettingen, var det satt opp fire delmål som pekte på hvilken del av lokalsamfunnets innsats som skulle styrkes og hvordan:

<sup>2</sup> Kilde: *Kultur gir helse*. En kort presentasjon av Norsk kulturråds nasjonale forsøksprosjekt 1996-99. Norsk kulturråd.

- Øke tilgjengeligheten til stimulerende kulturtilbud- og aktiviteter for mennesker som i dag har vanskelig tilgang til dette. Det skal gjøres gjennom utprøving og utvikling av egnede arbeidsmetoder, formidlingsformer og mobiliseringstiltak og av ulike modeller for brukermedvirkning.
- Øke tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid, i første rekke mellom kultursektoren og sosial- og helsesektoren. Virkemiddelet her er målrettet organisering og gjennomføring av det lokale prosjektarbeidet, og ved styrking av eksisterende og utprøving av nye arenaer for samhandling og kulturelle aktiviteter.
- Mobilisering av og medvirkning fra innbyggerne generelt. Dette gjøres ved å invitere til bredt samarbeid med frivillig lags- og foreningsliv og med brukere i prosjektet, og ved utprøving av kulturelle virkemidler i informasjons- og formidlingsvirksomheten.
- Bidra til økte kunnskaper om sammenhengen mellom kultur og folkehelse med sikte på å gi politiske myndigheter sentralt og lokalt et best mulig beslutningsgrunnlag for gjennomføring av framtidige rammebetingelser for helsefremmende og forebyggende arbeid.

*Sosial- og helsedepartementets uttalte hovedmålsetting skiller seg lite fra Kulturrådets:*

”Fremme helse og redusere lidelse og negative konsekvenser av sykdom ved å styrke lokalmiljøers innsats i helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende arbeid med basis i lokalt og regionalt kulturliv.”

Selv om det altså er to temmelig ulike institusjoner som står bak satsingen, er målene svært så like. Det verdimeslige fellesskapet er også uttrykt skriftlig, der departementet og Kulturrådet sammen uttrykker en oppfatning av at<sup>3</sup>

”kultur spenner over et vidt register av menneskelig opplevelse, utfoldelse og aktivitet, og rører ved både kropp og sjel, intellekt og følelsesliv. Deltakelse i meningsfulle kulturaktiviteter kan dermed bidra til øke livskvalitet, motivasjon og kompetanse.”

Heller ikke når det gjelder målgrupper, er det noen påfallende forskjeller. Departementet satte opp tre hovedmålgrupper for sin satsing: Isolerte eldre, mennesker med muskel/skjelett-lidelser og mennesker med psykiske problemer. I Kulturrådets del av satsingen var det opp til den enkelte kommune å prioritere hvilke målgruppe de ville rette innsatsen inn mot.

## 1.4 Det udefinerte kulturbegrepet

Det er sagt om kulturmeldingene fra 70-tallet at de preges av en motvilje med hensyn til å definere og avgrense kulturbegrepet. Man ville ikke gi en *autoritativ* definisjon, men overlate innhold og utforming til de kulturelle aktørene (Klausen 1992:22). Den samme tilbakeholdenheten ser ut til å prege de sentrale aktørene i *Kultur gir helse*. I presentasjonsbrosjyren *Med helse i hånden og kultur på taket* heter det at det i denne sammenheng kan være nyttig å ta utgangspunkt i en nokså generell definisjon av kultur:

<sup>3</sup> Kilde: Brev fra departementet og Kulturrådet for ”*Innhenting av tilbud om evaluering av forsøksvirksomheten ”Kultur/helse”*” undertegnet av begge institusjoner, datert 8.12.1997.

”Kultur er den kunnskap og de regler som ligger under folks levevis, og som dermed organiserer den sosiale virkeligheten. Eller sagt med enklere ord: Kultur er måter å leve sammen på.”

Med en slik definisjon må vi kunne si at kulturbegrepet er temmelig udefinert. Når kultur er ”måter å leve sammen på”, er det ikke mye som faller utenfor. Brosjyren sier i fortsettelsen at dette er en definisjon som får fram ulike sider ved kultur, og at det dermed blir

”..mulig å drøfte disse sidene både som forutsetning for verdier, holdninger og handlinger, og som meningsskapende aktiviteter og kommunikasjon. Dette utgangspunktet i vårt kultur- og helseperspektiv betyr ikke at vi glemmer den skapende og utøvende kunsten og kulturen. Tvert imot er samarbeid med profesjonelle kunstnere og kulturarbeidere et viktig element i den virksomheten som drives i kultur- og helseprosjektene.”

Kulturrådets tradisjonelle arbeidsområde, det profesjonelle kulturarbeidet blir altså nevnt, selv om det ikke brukes til å avgrense kulturbegrepet. Grunnlagsdokumentene opererer med andre ord med et kulturbegrep som er videre enn det som tradisjonelt omfattes av det vi kan kalle kultursektoren. For øvrig minner definisjonen oss om at avgrensingen av kultursektoren på mange måter er ganske tilfeldig. Som Mangset er inne på, kunne ”fritidssektoren” eller ”miljøsektoren” like gjerne blitt brukt som forvaltningsmessig merkelapp på denne sektoren som avgrenset i forhold til et såkalt ”utvidet kulturbegrep” (Mangset 1992:17). Prinsipielt sett er det kanskje litt tilfeldig at kultursektoren i norske kommuner omfatter kunstforeninger, idrettslag og sanitetsforeninger, men oftest ikke skole og miljøspørsmål (Mangset 1992:23).

Mangset skiller mellom tre hovedtyper av betydninger av ”kultur”. Den første kaller han det *kvalitative* kulturbegrepet, som avspeiles i dagligtalen for eksempel når vi skiller mellom kultur og ”ukultur”, dvs kulturell kvalitet eller mangel på kvalitet. Et slikt kulturbegrep kan brukes normativt<sup>4</sup>, og anvendt i forvaltningssammenheng vil det føre til en temmelig smal sektoravgrensning. En kulturforvaltning basert på dette kulturbegrepet vil ha et særlig ansvar for kunst og kulturvern. Det *samfunnsvitenskapelige eller beskrivende* kulturbegrepet ligger til grunn når vi snakker om kultur som livsform. Det muliggjør en beskrivelse av kulturell variasjon, uten at man impliserer at en kultur er bedre eller mer ”kulturell”.

Så lenge offentlig kulturpolitikk først og fremst befattet seg med de såkalte ”tradisjonelle kulturaktiviteter” som teater, billedkunst, klassiske konserter og lignende, var det det kvalitative kulturbegrepet som var utgangspunktet. Fra 70-tallet har imidlertid utviklingen gått i retning av et *utvidet*, eller som Mangset også kaller det, et *kulturpolitisk* kulturbegrep. Bakgrunnen er blant annet en erkjennelse av at den tradisjonelle kulturen først og fremst var kulturen til en sosial elite, noe som ble for snevert for en moderne og demokratisk kulturpolitikk. Den måtte ha rom også for for eksempel idrett og amatørvirksomhet, kulturaktiviteter som ikke var finkulturelle i tradisjonell forstand.

Mens både det kvalitative og det utvidete kulturbegrepet bygger på en sektormodell, der eneste forskjellen er omfanget av ”kultursektoren”, vil det samfunnsvitenskapelige begrepet bygge på en aspektmodell, der kulturen er et aspekt ved alle samfunnsmessige aktiviteter (jf. Klausen 1992:30). Mangset peker på at spenningen mellom et samfunnsvitenskapelig, analytisk kulturbegrep på den ene siden, og et mer pragmatisk,

<sup>4</sup> Klausen kaller dette et *verdiorientert* kulturbegrep (1992:25)

kulturpolitisk på den andre, er en del av det kulturpolitiske hverdagslivet. En problemstilling i forhold til evalueringen av kultur og helse, er å avdekke og beskrive hvordan satsingen er preget av denne spenningen, som i dette tilfellet kanskje også bør inkludere et mer kvalitativt kulturbegrep, siden det primært er det som dekkes av Kulturrådets arbeidsfelt.

Denne spenningen kan også knyttes sammen med forholdet mellom ”område” og ”sektor” som to ulike prinsipp for organisering av politiske prosesser. Mens områdeprinsippet innebærer organisering av tiltak i forhold til et nærmere definert avgrenset geografisk område, for eksempel en kommune, tar sektorprinsippet utgangspunkt i tilhørende saker og saksområder. Anvendt på *Kultur gir helse*, vil områdeorganisering vektlegge at det lokale prosjektet foregår i akkurat den kommunen, for eksempel Karasjok, men sektororganisering vil fokusere på at dette er forankret i kulturektoren og/eller helsesektoren. Røiseland har tegnet opp denne oversikten over hva som kjennetegner de to prinsippene (jf. Røiseland 1999:112):

	Områdeprinsippet	Sektorprinsippet
<b>Naturlig enhet</b>	Geografisk område	tilhørende saksområder
<b>Institusjonsdannelse</b>	Kommuner, lokale statsadministrasjoner mv.	fagdepartement, fagetater, fagpolitiske fora
<b>Primær kunnskapstype</b>	Generell kunnskap om lokale forhold	spesialisert teknologisk kunnskap
<b>Aktørtype</b>	Lekmann	profesjonell

Som oversikten viser, innbefatter spenningen mellom områdeprinsippet og sektorprinsippet også spenningen mellom lekfolk og fagprofesjonene. At tiltaket skal foregå i et avgrenset geografisk område behøver nemlig på ingen måte bety at det ikke er profesjoner og profesjonelle utøvere som er de viktige aktørene eller iverksetterne. For eksempel kan en kommunalt ansatt kultursjef som profesjonell yrkesutøver ha langt større tilknytning til egen sektor enn til kommunen. Vi kommer for øvrig tilbake til skillet mellom områdeprinsippet og sektorprinsippet i kapittel 6.

Fordi de lokale prosjektene er utformet på grunnlag av en temmelig vid og sprikende definisjon av kulturbegrepet, ble det opp til de lokale prosjektene å velge hvordan de ville foreta avgrensningen i praksis. I prosessen der vide mål og delmål ble knyttet sammen med faktiske lokale forsøksprosjekter, foregikk det en oversettelse eller en *operasjonalisering av målformuleringene*. Denne operasjonaliseringsprosessen foregikk først og fremst lokalt, men til en viss grad også på en sentral arena, der departementet og Kulturrådet forholdt seg til forslagene fra lokalnivået. Erfaring fra andre prosjekter der sentrale ideer har blitt implementert lokalt, gjør at vi kanskje kan forvente at den lokale operasjonaliseringen i blant innebærer en vridning og kanskje også reformulering av målene for å tilpasse svaret på den sentrale invitasjonen til de lokale rammebetingelser. For eksempel må valg av målgrupper og av aktivitet sees i forhold til lokale økonomiske, organisatoriske og personnlemessige ressurser.

## 1.5 Helse og kultur i lokalsamfunnet: De nære tings betydning

Målsettingene viser med all tydelighet at det er på lokalplanet og i kommunene at kultur skal gi helse. Dette er en tendens som vi finner igjen på mange områder der man har vært opptatt av befolkningens tilhørighet til det nære. I en evaluering av "Teater for alle", et teaterprosjekt som hadde som mål å trekke inn psykisk utviklingshemmede deltakere, har Anne-Britt Gran noen refleksjoner rundt HVPU-reformen (Gran 1999:84-85). Hun viser hvordan noen begreper har gått igjen i beskrivelser av det samfunnet som de utviklingshemmede skal integreres i: Kommunen, lokalsamfunn, nærmiljø, næromsorg, fellesskap og naturlig miljø. Viktige aktører i dette feltet er familie, naboer og venner, samt en velvillig og fellesskapsorientert kommunal forvaltning. Kommunen utgjør både den forvaltningsmessige enheten og det kulturelle fellesskapet, påpeker Gran, og viser til at "kommune" kommer av det latinske *communis*, felles. På engelsk betyr community fellesskap og samfunn med andre. Innlemmelse i samfunnet er ikke bare et forvaltningsproblem (jf. Gran 1999:85, Stangvik 1994).

Kulturpolitikken på kommunenivå, kan sees i forhold til kulturmeldingene på 70-tallet, som la vekt på å påvirke kulturlivet nettopp i kommunene. Mangset peker på hvordan staten i denne perioden tok i bruk flere forskjellige virkemidler (Mangset 1992:155):

- Kommunene ble tilrådd å opprette felles kulturstyrever for "det utvidete kulturområdet".
- Det ble innført en ny støtteordning til allment kulturarbeid, som særlig kom de små og ressursvake kommunene til gode.
- Kommunene ble dessuten tilrådd å opprette egen kulturadministrasjoner for det utvidete kulturområdet.

Vi kan altså merke oss at to helt sentrale aktører i *Kultur gir helse*-satsingen baserer sin hovedvirksomhet på to litt ulike kulturbegreper. Mens Norsk kulturråd har ansvaret for et relativt snevert, om enn kanskje ikke "kvalitativt", kulturbegrep, der vekten legges på profesjonell kunstnerisk utfoldelse, så arbeider iverksettingsnivået, dvs lokal kulturadministrasjon i kommunene ut i fra et langt videre kulturbegrep. Samtidig er den kommunale kultursektoren preget av at den lokale råderetten er høy både når det gjelder mål og virkemidler. I motsetning til for eksempel trygder og skolesektor, kan kommunene bestemme det meste selv. Resultatet er at kultur lett blir en restkategori og en salderingspost, der utgiftsnivået indirekte blir bestemt av hvilke behov som til enhver tid gjør seg gjeldene innenfor andre deler av kommunens ansvarsområde (Hansen og Kjellberg 1980:130). Vi kan tenke oss at i denne situasjonen blir sentrale prosjektmidler, som de som fulgte invitasjonen om å delta i Kultur-helse satsingen, særlig viktige for kommunale kulturansvarlige med trange økonomiske rammebetingelser.

Også når det gjelder forebygging og helse er det som vi så bl.a. i forbindelse med HVPU-reformen naturlig å satse på lokalnivået. I følge Røiseland med fl. er det en relativt ny tendens i helsepolitikken å vektlegge den betydningen lokale fellesskap har for folks liv og helse (Røiseland et al. 1999:1). De hevder at i etterkrigstiden har norsk helsepolitikk tvert imot bygd på en atomistisk og individualistisk menneskeoppfatning, der menneskers tilknytning til lokale fellesskap ikke har vært tillagt nevneverdig vekt, og der man ikke har tatt tilstrekkelig hensyn til at forebyggende helsearbeid må tilpasses både tid og sted, og at ett tiltak ikke virker på samme måte alle steder. Resultatet har kanskje blitt et

overslag andre veien, slik at nærmiljø og nabolag blir nøkkelen til å løse store og kompliserte helseproblemer.

Dette er ikke bare en norsk, men en internasjonal tendens, som kan knyttes til Ottawa konferansen i 1986, der WHO gav strategiene for helsefremmende arbeid – ”health promotion” (Røiseland et al. 1999:15). Ottawa-charteret skisserte fem hovedstrategier som på mange måter var grenseoverskridende i forhold til tradisjonell helsepolitisk tenkning (WHO 1987):

- Å bygge opp en helsefremmende politikk
- Å skape et støttende miljø
- Å styrke lokalmiljøets muligheter for handling
- Å utvikle personlige ferdigheter
- Å reorientere helsetjenesten i mer helsefremmende retning.

Her framstår altså lokalsamfunnet som viktigste arena for kollektive tiltak innen det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Ottawa-konferansen vektla også at lokalsamfunnet må gjøres i stand til å gripe tak i lokale helserelaterte problemer gjennom lokal mobilisering. Dessuten skulle arbeidet legges opp slik at lokalsamfunn fikk et eierforhold til prosjekter og tiltak. Røiseland m.f. er blant dem som ser dette som en parallell strategi til miljøvernarbeidet, slik det ble utformet i ”Agenda 21” fra Rio-konferansen i 1992.

Den ideologien som ligger i bunnen av Ottawa-charteret har klare paralleller til andre ideologiske utviklingstrekk, som for eksempel desentralisering og økt medbestemmelse for brukerne. Dermed passet den godt inn i allerede gryende tendenser i norsk helsepolitikk. WHO's tenkning og satsing på helsefremmende arbeid var et eksplisitt utgangspunkt i St.meld. nr 37 (1992-93), der lokalsamfunnet får rollen som en hovedarena for forebyggende og helsefremmende tiltak. Samtidig passet dette inn i norsk nærmiljøtankegang, og den samfunnsorienterte delen av Ottawa-charteret ble stort sett oppfattet som en nærmiljøideologi: Ved å utvikle bedre nærmiljø skal folk få et bedre liv og lettere kunne foreta ”helsefremmende valg”. Også i NOU 1998:18 (folkehelsemeldingen) er det henvisninger til Ottawa-charteret, og det understrekes at fremdeles er charterets fem hovedstrategier grunnleggende forutsetninger for å lykkes i folkehelsearbeidet. Det gjentas flere ganger at

”iflg Ottawa-charteret skapes helse der hvor folk bor, lærer, arbeider, leker og elsker. Dette betyr at vi må ta med bo- og nærmiljø og lokalsamfunn når vi skal arbeide for god folkehelse.”

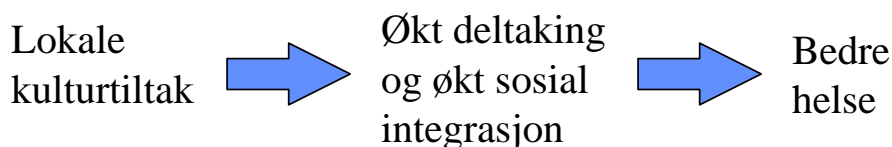
I det hele tatt er det et tilbakevendende tema at en områdebasert tilnærming er løsningen, og at lokalsamfunnet er den avgjørende enheten i folkehelsearbeidet: Det er bare der man kan skape det gode liv for folk flest. Samtidig uttrykkes det en tro på at fleksibilitet er viktigere enn økonomi:

”Det er ikke så mye «friske» penger som er mangelvare, men mangel på fleksibilitet til å bruke ressurser - penger, personell og andre aktiva - på andre måter enn det tradisjonelle og sektorbestemte.”

## 1.6 Deltakelse og tilhørighet gir helse

Det er altså i kommunene og i lokalsamfunnet at kultur skal gi helse. Først og fremst skal dette skje gjennom deltakelse og gjennom sosial integrasjon. Mellom de to faktorene kultur og helse, er det dermed ført inn en mellomliggende antakelse eller forutsetning. Dvs. at man la opp til at kultur skal føre til deltakelse. Hensikten er å fange opp grupper som på grunn av helseproblemer er dårlig integrert i lokale sosiale nettverk og i samfunnet generelt. I neste omgang er det forventet at dette skal ha en positiv effekt på deres helse.

Figur 1.1 *Deltagelse og tilhørighet gir helse*



Den samme tankegangen er dominerende i folkehelsemeldingen (NOU 1998:18), der det vises til studier som viser at mere og bedre kvalitet på den sosiale kontakten mellom folk, både i hjemmet og i lokalsamfunnet, har en helsefremmende virkning (Wilkinson, 1996).

Det er nemlig ikke vanskelig å finne empirisk belegg for at deltaking og sosial integrasjon er sunt. Allerede Emile Durkheim, påviste for 100 år siden sammenhengen mellom sosial integrasjon og selvmordsraten i samfunnet (Durkheim 1897). Sammenheng mellom helse og sosial kontakt er senere dokumentert gjennom et stort antall undersøkelser - lite sosial kontakt fører til økt sykkelig- og dødelighet.

Sosial kontakt er ikke noe man «har». Sosial kontakt innebærer *deltakelse* på en sosial arena (jf. Barstad 1993:337). Det er gjennom deltakelse at sosiale relasjoner opprettholdes og vedlikeholdes. Deltakelse kan innenfor en samfunnsvitenskapelig kontekst beskrives som status og rolleutøvelse (jf. Goffman 1959, 1967). Det å inneha mange statuser og roller innebærer deltakelse på mange sosiale arenaer. Undersøkelser tyder på at de som har høy deltakelse har bedre psykisk og fysisk helse enn de som har få roller (Thoits 1983).

Av dette kan man ikke slutte at det er høy deltakelse i seg selv som fører til bedre helse. Sykdom og nedsatt førlighet vil ofte kunne føre til *tap av roller*. Sykdom medfører følgelig nedsatt deltaking, men det er ikke nedsatt deltaking som har ført til helsesvikt. Sammenhengen mellom deltaking og helse synes altså dokumentert, men kausaliteten eller årsakssammenhengen vil ikke alltid være klar. Vi møter raskt dilemmaet med høna og egget.

Målgruppene i satsingen var isolerte eldre, grupper med psykiske problemer, og grupper med kroniske sykdoms/smertetilstander. Dette er grupper som enten pr. definisjon («isolerte eldre») eller som følge av funksjonstap har et begrenset repertoar av roller, og følgelig tilgang til færre sosiale arenaer. *Kultur gir helse* hadde som en av sine viktigste intensjoner å forme en sosial arena med kulturelt innhold for klient- og pasientgrupper som ellers vil ha begrenset tilgang til slikt tilbud. Det dreide seg med andre ord om tiltak som skulle skape nye roller for målgruppene. I neste omgang kunne man så håpe på at rollene kunne utvikle seg og gi positive bekreftelser på den enkeltes egenverd, og dermed virke til å gi livet mening og retning.

Samtidig gjør det kanskje noe med både helsebegrepet og kulturbegrepet, dersom det som skal gi folk et bedre liv i lokalsamfunnet, like gjerne kunne hatt betegnelsen nærmiljø-tiltak eller trivselsskapende tiltak. Det ser vi for eksempel i evalueringen av Nordreisa-prosjektet (1995-97), som er gjennomført av Asbjørn Røiseland og referert i NOU 1998:18, side 214-215. I forordet til rapporten, som bærer tittelen *Forebyggende helsearbeid uten «forebyggende helsearbeid»?* skriver Røiseland:

”Tittelen på rapporten kunne like gjerne vært formulert gjennom andre ord og uttrykk enn «forebyggende helsearbeid». Det er nettopp det som er vårt hovedpoeng. I Nordreisa, hvor evalueringen tar sitt utgangspunkt, brukes begrepet «forebyggende helsearbeid» relativt sjeldent. Blant vanlige folk i Nordreisa vil sikkert mange til og med bestride at det prosjektet de deltar i har noe med helse å gjøre. De fleste vil bruke ord som «bygdeliv», «trivsel» og «nærmiljø» for å beskrive målsetningen ved prosjektet.”

Røiseland beskriver også hvordan betegnelsene «trivsel» og «forebyggende helsearbeid» kan representere to ideologier eller to systemer. På den ene siden et lokalt områdeforankret «nedenfra og opp»-system, på den andre siden et sektorisert «ovenfra og ned»-system. Evalueringen handler om dette møtet mellom sentralt og lokalt, mellom det profesjonelle og det folkelige, og hvilken effekt det har for et nærmiljøprosjekt. Foran har vi hevdet at *Kultur gir helse* primært har basert seg på en områdeforankret tilnærming til både kultur og helse. Men siden dette samtidig bygger på et sentralt initiativ, er spenningsforholdet beskrevet i evalueringen av Nordreisa-prosjektet også interessant i forhold til *Kultur gir helse*.

## 1.7 Evalueringsform og metode

### 1.7.1 Dialogbasert prosessevaluering

Evalueringen av *Kultur gir helse* har vært prosessorientert, og har dermed ikke vært rettet inn på å måle resultater eller effekter. Dessuten har vi forsøkt å tilstrebe en dialogbasert evaluering, der dialogen både med de utforskede og med oppdragsgiver har fått mye plass. Den metodiske tilnærmingen har vært preget av at intensjonen med evalueringen ikke bare er å observere og beskrive, men like mye å reflektere over hvorfor og hvordan. Et mål, både i vår evalueringsforskning generelt og i dette prosjektet spesielt, er at den skal føre til gjenkjenne: “gjenkjenne i den forstand at man kjenner igjen mer enn det man allerede kjente” (jf. Gadamer 1997).

Viktige deler av datainnsamlingen har foregått uformelt, gjennom deltakelse og samtaler. Vi har vært opptatt av det sosiale samspillet og de subjektive erfaringene til de som har vært aktører i *Kultur gir helse* (jf. Repstad 1993:108). I all hovedsak har dette gitt data som er fortolket kvalitativt. Hensikten har vært å finne meningssammenhenger, ikke tallmessige sammenhenger (jf. Lian og Løchen 1996:223).

Med utgangspunkt i samspillet mellom personene, er handling er tolket som *samhandling* (jf. Fossåskaret 1997:14). Ofte er det vanskelig å skjønne handling dersom man ikke skjønner den som samhandling. Dessuten har dette blitt et naturlig perspektiv fordi *Kultur gir helse* som program har vært fokusert på samhandling, både mellom det sentrale og det lokale nivået, mellom ulike etater og sektorer, og mellom brukere/deltakere og i verksettere av lokale tiltak. På den måten har vi forsøkt å få til en evaluering som kunne «kle» den virksomheten som ble evaluert.



Vi har lagt vekt på å belyse hva aktørene faktisk gjør, og hvordan de selv beskriver det de gjør og hvorfor.<sup>5</sup> De viktigste datakildene for evalueringen har vært dokumentanalyse, deltakende observasjon og intervjuer/feltsamtaler. Analyse av skriftlig materiale har spilt en viktig rolle, ikke minst fordi løpet var omtrent halvgått før evalueringen kom inn i bildet. Ulike skriftlige kilder har måttet fungere som "erstatningsobservatører" - bare gjennom dem kunne vi få innblikk i hva som skjedde i settinger hvor det ikke har vært mulig for oss å være til stede.

Intervjuene har ofte hatt preg av feltsamtaler, og liknet slik den dagligdagse praten mellom folk. Vi har forsøkt å tilstrebe samtale- eller intervjusituasjoner der vi selv har bidratt med våre refleksjoner omkring prosjektenes utvikling, og ikke bare innhentet data fra informanter. Slik fikk datainnsamlingen preg av en dialog, eller av det noen kaller «reaktiv forskning» (Lundin og Wirdenius 1990). Dialogforskningen er bindeleddet mellom på den ene siden den forskningen som observerer «nøytralt» fra sidelinjen, og på den andre siden en aktiv aksjonsforskning. En grunnleggende ide er at forskerne ikke er ansvarlige hovedaktører, men heller ikke nøytrale betraktere (Cronberg 1992:255). Forskerne skal være aktive deltakere, men samtidig distansere seg. Intensjonen har med andre ord vært å fungere formativt. Dialogen har vært både en kilde til data om prosjektet, en kontinuerlig korrigerende av våre inntrykk, og den har virket som en tilbakeføring av resultater underveis. Sett i den sammenhengen er den foreliggende rapporten kanskje den minst viktige formidlingen fra prosjektet.

For leseren av rapporten er det viktig å være klar over at det er flere ulike stemmer som formidler noe her. For det første er det forfatterenes "intersubjektive" stemme som forsøker å oppsummere og fortolke det andre - informanter, dokumentforfattere, andre forskere osv. - sier. Så er det disse andres "subjektive" stemme som kommer til uttrykk når de blir sitert direkte. Den tredje er kanskje mindre synlig. Det er forfatterenes "subjektive" stemme som kan komme til syne med egne vurderinger, og som ellers ligger bak utvelgelsen av utsagnene fra "de andre" (jf. Czarniawska-Joerges 1992:23).

De mange stemmene er også viktige i forhold til krav om evalueringens troverdighet (jf. krav til oppdragsforskning, Normann m.f. 1993). Intensjonen med rapporten er ikke bare å gi et troverdig og sant bilde av virkeligheten, men også å få fram virkelighetsoppfatningene hos sentrale aktører. Derfor vil de ulike stemmene i noen tilfeller gi nokså ulike bilder av samme virkelighet - bilder som har hatt konsekvenser både for hvordan den sentrale invitasjonen har blitt fortolket på lokalt hold, for hvordan man har forholdt seg til brukere/deltakere og til andre etater og sektorer, og dermed for hvordan *Kultur gir helse* har fått lov til å utvikle seg.

## 1.7.2 Bredde og dybde

Evalueringen har foregått på flere nivåer, og lagt vekt på å dekke både bredden og dybden i *Kultur gir helse*-satsingen. For det første har vi fulgt det som har skjedd på det sentrale nivået, samarbeidet og samhandlingen mellom de to sentrale initiativtakerne, Sosial- og helsedepartementet og Kulturrådet. Vi har forsøkt å kartlegge intensjonene og de to ulike kontekstene for satsing. Vi har deltatt på et flertall av prosjektutvalgsmøtene som ble holdt etter at evalueringen kom i gang, og vi har referatene som datakilde for de møtene vi ikke har hatt anledning til å delta på. Dessuten har vi intervjuet sentrale informanter både i departementet og Kulturrådet.

<sup>5</sup> Som det heter i en lærebok om kvalitativ evaluering: "Illuminative evaluation seeks to study an innovation through the medium of its performance" (Shaw 1999:105)

Samhandlingen mellom dette sentrale nivået, og det neste nivået, som har vært prosjekt-kommunene, har vi fulgt gjennom landsdekkende og regionale prosjektledersamlinger, og gjennom møter der representanter for departementet og/eller Kulturrådet har møtt sentrale aktører i de aktuelle kommunene. Kompleksiteten, med det store antallet lokale tiltak, har gjort det umulig for oss å ha direkte kontakt med alle lokale prosjekter, selv om vi har besøkt et flertall av dem. For å få et noe grundigere innblikk i et begrenset antall lokale prosjekter, valgte vi til sammen seks fordypningsprosjekter, der vi har vært grundigere i datainnsamlingen. Utvelgelsen skjedde i samråd med Norsk kulturråds prosjektutvalg for *Kultur gir helse*. Vi la vekt på at alle landsdeler skulle være representert. Vi ønsket dessuten spredning mht. kommunestørrelse og kommunetype, og at de seks lokale prosjektene til sammen skulle dekke de fleste målgrupper som ble berørt av satsingen. Dermed endte vi opp med å gå nøyere inn i prosjektene i Karasjok, Levanger, Førde, Tinn, Arendal og Vestfold fylkeskommune. I rapporten er disse prosjektene over-representert som eksempler og illustrasjoner, men vi vil også vise til hva som har foregått i andre kommuner og andre delprosjekter.

Fordi kontakten med flertallet av prosjektene har vært relativt overflattisk, har vi måttet legge stor vekt på rapporteringene fra de lokale delprosjektene til Kulturrådet. Rapportene har også fungert som utgangspunkt for samtaler både med lokale aktører, og med sentrale initiativtakere.

På det tredje og siste nivået, finner vi de lokale tiltakene og delprosjektene, som i noen kommuner har vært mange og forskjellige, og andre steder har vært få og konsentrert om en målgruppe. Vi har fått kjennskap til en stor og forskjelligartet flora av delprosjekter, men det er bare noen få av dem der vi har hatt anledning til å delta direkte og til å snakke med representanter for brukerne.

<b>NIVÅ</b>	<b>FOKUS</b>	<b>INTENSJONER OM BREDDE OG DYBDE</b>
Sentrale initiativtakere, SHD og Nkr. Prosjektutvalget	Hva foregår, hvordan er samarbeidet, hvordan oppfattes intensjonene og det som skjer lokalt, hvilke signaler sendes ut til de lokale prosjektene?	Fange helheten i det som skjer heller enn å gå inn i spesielle relasjoner og kommunikasjons-strukturer.
Prosjekt-kommunene, prosjektlederne, politiske og adm. aktører i kommunene	Hva foregår, hva påvirker utviklingen av de lokale prosjektene og samarbeidet med ulike aktører og etater, hvordan forankres prosjektet?	Kontakt med et flertall av prosjektene, grundigere data-innsamling i seks eksempel-kommuner.
Lokale del-prosjekter, brukere og andre deltakere	Hva foregår, er det noen brukermedvirkning og event. hva slags, hvordan opplever brukere og andre deltakere det som skjer?	Noen få tiltak og delprosjekter i eksempelkommunene.
På tvers av nivåene	Hvordan er kommunikasjonen og samarbeidet mellom nivåene, hvordan "oversettes" det sentrale initiativet etter hvert som det går nedover i systemet?	Fange helheten gjennom kommunikasjonen på prosjekt-ledersamlinger og andre møter, samt følge prosessen i eksempelkommunene.

---

Som oversikten ovenfor viser, har vi både forsøkt å samle data om helheten i satsingen, samtidig som vi har gått i dybden i noen delprosjekter. Datakildene har stort sett vært de samme på alle nivåene. Vi har observert, og ofte mer med ørene enn med øynene. Dvs vi har lagt vekt hva folk har sagt i samhandlingssituasjonene med hverandre. Vi har intervjuet og snakket med folk, og sist men ikke minst har vi hatt tilgang til et omfattende og noen ganger overveldende skriftlig materiale, både fra delprosjektene og fra det sentrale nivået.

## 1.8 Rapportens innhold og disposisjon

*Kultur gir helse*- satsingen er et eksempel på at kulturen brukes som instrument for å oppnå noe utenfor det som tradisjonelt er kultursektoren. I kapittel 2 drøfter vi det instrumentelle kulturbegrepet, og ser hvordan ulike teoretikere kan bidra til å skjerpe blikket i forhold til sammenhengen mellom kultur og helse. Kapittel 3 gir flere ulike, men ikke motstridende svar på hvordan kultur kan gi helse, belyst med eksempler fra satsingens rikholdige forsøksflora. Her har de hundre blomster blomstret!

Kapittel 4 viser hvordan det sentrale, statlige initiativet ble tatt i mot på lokalnivået. Invitasjonen fra sentralt hold var temmelig åpen, og måten den ble møtt på svært forskjellig. Kapittel 5 stiller spørsmålet: Hvordan gikk det egentlig? Der viser vi hvordan forsøket utviklet seg i noen av prosjektkommunene. Kapittel 6 er basert på et prosessperspektiv, og vektlegger også samhandlingsprosessene mellom prosjektene og deres omgivelser. Kapittel 7 tar opp spørsmål knyttet til brukermedvirkning og brukerperspektiv, noe som kanskje er særlig aktuelt i dette prosjektet fordi det har involvert så mange aktører uten erfaring og tradisjon på å arbeide ut fra et brukerperspektiv. Siste kapittel ser på veien videre, og på i hvilken grad *Kultur gir helse* – satsingen har satt varige spor etter seg.

## 2 Kultur som virkemiddel

### 2.1 Kulturpolitiske dimensjoner

*Kultur gir helse* er med sin forankring i Sosial- og helsedepartementet på den ene siden og Norsk kulturråd og Kulturdepartementet på den andre, både helsepolitikk og kulturpolitikk. I dette kapitlet legger vi vekt på det kulturpolitiske aspektet.

Som all annen politikk dreier kulturpolitikken seg om å fordele goder og byrder i et samfunn. Det er med andre ord ikke bare spørsmål om hvem som skal nyte godt av goder som kunst og kultur, men også hvordan disse godene skal betales og av hvem. Kulturpolitikk handler om prioriteringer, og om hvilke verdier som skal styre prioriteringene. Som Vestheim har pekt på, uttrykker kulturpolitikken dermed egentlig to sider ved kulturbegrepet, både kultur som aspekt og kultur som sektor (Vestheim 1995:3). Kulturpolitikk som teori og praktisk handling avspeiler grunnleggende verdier, holdninger og livsmønster (i antropologisk forstand) i samfunnet, samtidig som kulturpolitikken som praksis definerer kultur som et avgrenset sett av produkter og sosiale handlinger, administrativt samlet innenfor en sektor. *Kultur gir helse* representerer som vi skal komme tilbake til en form for uorden i dette systemet. Gjennom vektlegging av verdier som helse og integrering av marginaliserte grupper, finansieres kultur fra en offentlig sektor utenfor kulturområdet, nemlig sosial- og helsesektoren. Eller sett fra ett litt annet ståsted, gjennom vekt på at kultur er viktig også for målgrupper som til nå har stått utenfor det offentlige kulturtilbudet, finansierer kultursektoren tiltak som vel så gjerne kunne rubriseres under forebygging og rehabilitering som kultur.

Det er altså litt ulike, men slett ikke motstridende, verdier som ser ut til å bli vektlagt i de to tilnærmingene som er forent i *Kultur gir helse* – prosjektet. Mie Berg har pekt på tre verdidimensjoner som synes å være særlig viktige i norsk kulturpolitikk (Berg 1986:269). Den første er en **finkulturell** dimensjon som kanskje først og fremst dekker viktige deler av den profesjonelle kulturproduksjonen, teater, litteratur, konserter, utstillinger osv. Tradisjonelt er det denne verdidimensjonen som ligger bak hovedtyngden av Norsk kulturråds arbeid. Ser vi på forskriftene til Norsk kulturfond, som forvaltes av Kulturrådet, er formålet tredelt:

- stimulere skapende åndsliv innenfor litteratur og kunst
- verne om kulturarven
- formidle kulturgodene til så mange som mulig.

Det skal ikke underslås at Norsk kulturråd også støtter kulturtiltak der deltakelse er et viktig aspekt. Likevel må man kunne si at dette er en målsetting som i liten grad vektlegger aktivitet og medvirkning fra brukerne av kulturtilbudene. På den annen side ligger det et demokratiseringsaspekt i delmålet om å formidle kulturgodene til så mange som

mulig. I følge Berg har demokratiseringsbestrebelsene gått som en rød tråd gjennom norsk kulturpolitikk. Folkeopplysningstanken er her sentral.

Den andre verdien representerer en **naturdimensjon** som inneholder opplevelsen av og nærheten til norsk natur. Noen vil si at det er naturen som representerer det egentlige Norge. Kanskje er det typisk norsk at i Statistisk sentralbyrås publikasjon Sosialt utsyn, får vi under kapittel-overskriften "Kulturell deltaking" bl.a. vite hvor stor del av befolkningen som har vært på en "lengre fotturer eller skiturer i skog og mark eller på fjellet siste år" (SSB 1993:435). Også innenfor rammene av *Kultur gir helse* foregår det mye turgåing, både for eldre, for folk med psykiske problemer og for andre marginaliserte grupper.

Den tredje verdien har klare berøringspunkter med naturdimensjonen. Berg kaller det en **aktivitetsdimensjon**. Den bygger på idealet om "å gjøre noe" i fritiden, utnytte den, ikke være passiv, ha en hobby, være sammen med andre, ta kurs, delta i idrett og organisasjonsliv. Ordtaket om at "lediggang er roten til alt ondt" kan også være et uttrykk for verdigrunnlaget her.

Aktivitetsdimensjonen er tydelig i *Kultur gir helse* både på det sentrale beslutnings-takernivået og på de lokale iverksettingsarenaene. Gjennom å gjøre ting sammen med andre, skal marginaliserte grupper bli integrert. Dersom målgruppene er riktig vanskelige å nå, og er svært fremmede for tradisjonell kulturell aktivitet, har "være-sammen"-aspektet i noen sammenhenger blitt betraktet som så viktig at selve aktiviteten får lov til å være nesten hva som helst. Da kan det til og med være akseptabelt for Sosial- og helse-departementet at de arbeidsledige industriarbeiderne som mest av alt savnet fabrikkens røykerom, får hjelp til å gjenskape en sosial arena der røykingen – og selvfølgelig praten – blir viktigste aktivitet.

Vekten på det å komme seg ut og å gjøre noe, dvs unngå lediggangen, blir også framhevet i *Kultur gir helse*, ikke minst på lokalnivået. Både sentralt og lokalt er det mye som tyder på at livet til de marginaliserte gruppene blir sett på ikke bare som preget av sosial utarming, men også av mangel på konstruktive fritidsmuligheter. I Førde er deler av prosjektmidlene brukt til aktiviteter for brukerne av Elvahuuset, et allaktivitetshus som også omfatter dagsenter for folk med psykiske problemer. "Det er all right å få dem med ut på noe," sa en lokal politiker vi intervjuet om dette tiltaket.

## 2.2 Det instrumentelle kulturbegrep

Kultur og helse er tradisjonelt forankret i adskilte og ulike organisasjoner. Kulturaktivitet sees gjerne som et mål i seg selv, mens innsats på helseområdet har en instrumentell innretning. *Kultur gir helse* er imidlertid preget av at kultur blir et *virkemiddel* for å bedre livskvaliteten for bestemte pasient/klientgrupper, og for på mer generelt grunnlag å «styrke lokalsamfunnets og kommunens innsats i det helsefremmende og forebyggende arbeidet med basis i lokalt kulturliv» (sitat fra Norsk kulturråds presentasjon av *Kultur gir helse*).

Det instrumentelle kulturbegrepet, eller som noen kaller det: den instrumentelle kulturpolitikken, dreier seg altså om å bruke kulturtiltak og kulturinvesteringer for å oppnå mål som hører hjemme på andre politikkområder enn det kulturpolitiske. Slike mål kan for eksempel være å skape arbeidsplasser, hindre fraflytting, skape attraktive steder å bo. Mye av det vi kan kalle nærmiljøpolitiske kultursatsinger har et slikt siktemål (jf Pløger

1997)<sup>6</sup>. Noen ganger ligger målsettingene svært nær dem vi har i *Kultur gir helse*, som når en melding fra byrådet i Oslo om “Kultur i storbyen” ser kultur som et sosialpolitisk og et sosialintegrerende virkemiddel:

”...en aktiv kulturformidling og et godt tilgjengelig kulturliv [kan fungere] som virkemidler for å trekke mennesker ut av ensomhet og isolasjon.” (BM 1995:11, her sitert fra Pløger 1997:205).

Det instrumentelle aspektet i denne satsingen ligger i selve navnet til Kulturrådets del av satsingen - *Kultur gir helse* – som gir et signal om at *helse* er målet, og *kultur* er et middel for å nå målet. *Kultur gir helse* blir altså til i et spenningsfelt der det ligger svært mange implisitte forestillinger om kulturbegrepet, om helse og om sammenhengen mellom dem. For så vidt er det typisk at begge begrepene er temmelig vagt definert av initiativtakerne i utgangspunktet. Når det gjelder kultur, uttrykker Sosial- og helsedepartementet seg slik i eget notat (udatert) ”Helsekultur og Kultur for helse”:

”Hva forstår vi med begrepet ”kulturell aktivitet”? Benyttes brukerperspektivet ved tilrettelegging av kulturelle aktiviteter, vil ”kulturell aktivitet” kunne innebære de fleste aktiviteter som har betydning for trivsel, personlighetsutvikling og livskvalitet. Kulturtiltaksaspektet strekker seg fra mc-klubber og bowling til bridgeklubber og historielag.”

Det andre sentrale begrepet i satsingen er helse. I grunnlaget (brosjyren *Med helse i hånden og kultur på taket*), vektlegges det positive helsebegrepet, der helse skapes av mange faktorer, ikke bare fravær av sykdom. Uhelse er uttrykk for manglende muligheter og/eller evne til å mestre livets påkjenninger. Slik blir det positive helsebegrepet ikke et medisinsk begrep, men et allmennmenneskelig og tverrfaglig begrep.

Mye tyder at dette bygger på Peter Hjorts definisjon av helse: ”*Health is the ability and capacity to cope with and adapt to the inevitable difficulties in life - decease, disability, accidents, life problems, conflicts and old age*” (Hjort 1996:23). Hjort var for øvrig med i prosjektutvalget i den første fasen av *Kultur gir helse*, og uttrykte følgende i et foredrag som ble holdt i denne perioden: ”*Experience has convinced me that there is a close and important relation between culture and health, but I struggle to make it rational, and I struggle even more to make practical and effective use of it*” (Hjort 1996:21). På mange måter kan vel selve *Kultur gir helse*- prosjektet være et forsøk på å gjøre praktisk bruk av kunnskapen om denne sammenhengen!

Trolig var det både taktisk og strategisk riktig å unngå trange og begrensede definisjoner av de sentrale begrepene kultur og helse i dette tiltaket. Prosjektkommunene og andre iverksettere sto temmelig fritt i sin utforming. Men de manglende avgrensingene førte kanskje til at selve kjerneuttrykket ”*Kultur gir helse*” fikk en særlig betydning. Resultatet ble en tendens i retning av at *Kultur gir helse* fikk et fokus i retning av *aktivitet gir helse*, eller kanskje *trivsel gir helse*. Det er altså den aktivitetsorienterte verdidimensjonen som vektlegges her.

Sett ut fra et helseperspektiv er dette neppe særlig problematisk. Sett ut fra et kulturperspektiv er det derimot temmelig konfliktylft. Satsingen ender opp med et kulturbegrep som i beste fall er utvidet, i verste fall utvannet. Det er altså kultur som skal gi, mens helse skal være et resultat. Det sentrale prosjektlederen i Kulturrådet vektla for øvrig i en

<sup>6</sup>Pløger viser her hvordan prosjekter som “Kulturprosjekt Furuset” og “Nærmiljøbyen Gamle Oslo” satser på å skape stedstilhørighet og stedsidentitet gjennom på bruke kultur og estetikk som planleggingsmessige og sosialpolitiske redskaper.

møtesammenheng at kultur skulle gi helse - eller altså fungere instrumentelt - på tre nivåer:

- Individnivå; de enkelte involverte brukerne skal bli friskere
- kommunalt nivå; der er det budsjettene som skal bli “friskere”
- administrativt nivå; som kanskje også omfatter sentral forvaltning, der de skal få til “friskere” og bedre arbeidsmåter.

Det motsatte av det instrumentelle vil være å vektlegge kulturiltakenes egenverdi. I det vi kunne kalle en kulturpuristisk tilnærming vil opplevelsen i seg selv være viktigst. Henvisninger til utenforliggende målsettinger blir en besudling av den “rene” kulturopplevelsen. Vi kan illustrere dette ved å vise til en ganske vanlig instrumentell bruk av kulturiltak, det som kalles ‘rock mot rus’ (Baklien 1985:36). ‘Rock mot rus’ kan både bety musikkinstrumenter til utsatte grupper som skal synes det er så stas å spille at de glemmer å ruse seg, og det kan bety rusfrie rockekonsserter, gjerne med kjente og attraktive musikere. Rock mot rus er typisk instrumentell bruk av kulturiltak, og det er en bruk som ligger temmelig nær den vi finner i *Kultur gir helse*. Kontrasten til det rene og ubesudlede kulturbegrepet blir tydelig dersom vi flytter blikket over fra ‘de andre’, de rusutsatte ungdommene, og til oss sjøl. Trolig vil de potensielle brukergruppene ha seg frabedt å bli tilbudt ‘Mozart mot martini’ eller ‘Vivaldi mot Vival’.

‘Rock mot rus’ minner oss dessuten om at instrumentell bruk av kulturen ikke er noe nytt, heller ikke på det helse-sosialpolitiske feltet. I litteraturen finner vi at den instrumentelle kulturpolitikken gjerne plasseres som noe som ble særlig framtreddende i 1980-årene (Vestheim 1996, Duelund 1994, Arnestad 1989). Vestheim forklarer denne nye tendensen i kulturpolitikken som et biprodukt av konjunkturskiftet og de trangere økonomiske tidene i begynnelsen av 80-årene (Vestheim 1996:208). De resulterte bl.a. i sterk kritikk av deler av den offentlige forvaltning, ofte på markedssøkonomiske premisser. Kulturfeltet var ikke noe unntak i så måte.

Mangset har pekt på hvordan kulturpolitisk debatt ofte preges av samfunnsnyttebegrunnelser fordi offentlig støtte til kultur må begrunnes på en politisk/byråkratisk arena, der det er knapphet på ressurser (Mangset 1992:49). Da kan begrunnelsestyper hentet fra andre og tyngre sektorer «smitte over» på kultursektoren:

”Hvis idrett kan bli «friskvern» og teater kan bli «lokaliseringstiltak», stiller de sterkere i kampen om den offentlige samfunnskaka. Slike begrunnelser av offentlig støtte fungerer som «legitimeringer». De tjener som redskaper for å skaffe kultursektoren mer ressurser. At begrunnelsene har slike latente funksjoner betyr imidlertid ikke at de trenger å være feilaktige: Idrett er kanskje helseforebyggende, kultur er kanskje lønnsomt!”

Slike begrunnelser av offentlig støtte kan fungere som legitimeringer, og dermed tjene som redskap for å skaffe kultursektoren mer ressurser. Kanskje kan det fungere som et godkjenningstempel at sektoren får sitt eget departement, sine egne kommunale etater og sine egne byråkrater (jf. Hompland 1990:30). Men samtidig medfører det også krav og problemer når kulturens bidrag må operasjonaliseres og dermed oversettes til andre sektors mer nøyaktige og etterprøvbare verdimål. Kultursektorens begrunnelsesproblem er nemlig av en annen art enn det vi finner i andre etater. Som Hompland har pekt på, trenger ikke teknisk etat begrunne sine tiltak med at de gir mer menneskelig lykke og et rikere liv for kommunens innbyggere. For dem holder det å komme opp med byggeklare

tomter, nylagt kloakkledning og påvisning av at det er færre kolibakterier i drikkevannet (Hompland 1990:31).

I Danmark har Petter Duelund beskrevet dette som en kulturpolitisk målforskyvning, samtidig som han bekymrer seg for hvilke konsekvenser det kan ha for kunst og kultur:

”Kunsten er blevet spændt for en målrational vogn med henblik på at løse sociale problemer, fremme økonomisk vækst og give nation, region og lokalsamfund en position i den nye markedsøkonomiske verdensorden. I frustration over de traditionelle redskabers utilstrækkelighed over for velfærdssamfundets krisetendencer, tages kulturen til hjælp som nødløsning og forhåbning - ofte med uheldige følger. Begivenhedskultur, “events” og kortsiktige succeskriterier har afløst oplysning, dialog og stille fordybelse. Kunsten risikerer under kulturpolitikens instrumentalisering at blive tandløs og socialt integreret.” (Duelund 1994:282)

Kanskje kan den bekymringen som Duelund uttrykker i slutten av dette sitatet knyttes sammen med det vi foran har kalt det ‘det utvannede kulturbegrepet’.

I evalueringen av *Kultur gir helse*, er det altså ett av flere utgangspunkt at dette dreier seg om instrumentell bruk av kulturtiltak. Men kanskje er ikke denne merkelappen så viktig i seg selv. Viktig blir det først når det knyttes sammen med hva slags rasjonalitet de ulike formene for kulturformidling og kulturproduksjon forankres i. Dette kan sees i forhold til selve kulturopplevelsen. Vektlegges opplevelsen forskjellig i et instrumentelt kulturtiltak og i et “reint” kulturtiltak? Og hva er det som legitimerer de forskjellige opplevelsene?

## 2.3 Kulturpolitisk rasjonalitet

Litteraturen beskriver tre ulike former for rasjonalitet på det kulturpolitiske feltet (Vestheim 1996:231, Hompland 1990). Den byråkratiske, forvaltningsbaserte rasjonaliteten vektlegger at kulturpolitikk har prinsipielle likheter med utdanningspolitikk eller for den saks skyld samferdselspolitikken<sup>7</sup>. Akkurat som på andre politikk-felter, dreier det som fordeling av knappe goder - på basis av politiske beslutninger. For så vidt bygger *Kultur gir helse* på et politisk standpunkt om en mer demokratisk fordeling av kulturgodene: Vi har flere ganger blitt minnet om, kanskje særlig fra Sosial- og helse-departementet, at helsevesenets storbrukere, er kultursektorens småbrukere. Også helsesiden er med andre ord opptatt av demokratiseringsbestrebelsene vi har beskrevet som en forlengelse av den finkulturelle dimensjonen.

Den andre formen for rasjonalitet er den økonomiske. Da vektlegges lønnsomhet, markedstilpasning og markedsføring. Mye kulturproduksjon, kulturformidling og kulturforbruk er knyttet til en slik rasjonalitet. Hele den kommersialiserte kulturen hører hjemme her. Kanskje så mye som 90% av det private kulturforbruket dreier seg om kommersielt framstilte kulturprodukt, varer og tjenester (jf. Arnestad 1996:9). Konsum av teater, billedkunst og museer utgjør bare noen få prosent av det totale private kulturforbruket, eller omtrent like mye som kjøp/leie av video.

Kultur og helse har kanskje ikke så mye med det kommersielle kulturtilbudet å gjøre. Men vi finner likevel økonomiske begrunnelser for det som gjøres. Det instrumentelle

<sup>7</sup> For å forankre sammenlikningen, kan vi nevne at kulturfeltet i storbyene i Norge sysselsetter 41 000 personer, og at det dermed er nesten like stort som transport- og kommunikasjonsfeltet (jf. Arnestad 1996:8).



kulturbegrep er for øvrig interessant både i forhold til aktører på et sentralt og et lokalt plan<sup>8</sup>. For eksempel understreket ordføreren i Rygge på et møte med sentrale myndigheter at *Kultur gir helse*-satsingen lønner seg: “*Dette blir billig for staten*”, sa han, henvendt til representanten for Sosial- og helsedepartementet. Likedan har vi sett at enkelte av de lokale prosjektene har vektlagt lønnsomheten i det kulturbaserte, forebyggende arbeidet.

Argumentet om å spare penger er heller ikke fremmed for de sentrale initiativtakerne. På et møte i Borre kommune i mai 1998, sa Kulturrådets prosjektleder for *Kultur gir helse*:

”Vi ønsker å spare penger for helse- og sosialsektorene. Penger brukt på forebyggende arbeid reduserer helsekøen og sparer penger. Vitsen er å prøve ut metoder som gjør at man på sikt kan spare penger på å reparere, og at man kan holde folk vekk fra helsekøene.”

Utsagnene må sees i forhold til den sammenhengen de kom i. Lederen for helse-sosialstyret i Borre uttrykte seg slik på samme møte:

”Borre kommune utbetaler ca 20 mill. kr i sosialhjelp. Kan vi redusere dette?”

Det dreide seg altså om den økonomiske rasjonaliteten. Den tredje formen for rasjonalitet er basert på at noe er kreativt og grensesprengende. Viktige elementer her er nyskaping, løsninger som overskrider det konvensjonelle og gitte, produksjon av livs-mening, refleksjon over menneskelige og samfunnsmessige grunnvilkår.

De to første rasjonalitetsformene (den byråkratiske/forvaltningsmessige og den økonomiske) forutsetter en annen type strategiske handlingsvalg enn den siste. De foregår i sosiale felt, som for å bruke Pierre Bourdieu's begrepsapparat, er preget av at det foregår et spill (Bourdieu 1990:123-139, Bourdieu og Wacquant 1993:36, Fauske 1997). Spille-rommet eksisterer bare når det finnes spillere som går inn i det, som tror at de skal få lønn for strevet og som aktivt streber etter å realisere interessene sine. *Kultur gir helse* lokalt blir også til i sosiale felt som ofte er preget av strategiske handlingsvalg. I mange av kommunene er iverksettingen preget av forhandling og fortolkning, mellom ulike kommunale sektorer, kommune-byråkratene og politikerne i mellom, og i forholdet mellom kommunen og Norsk kulturråd. Med Bourdieu's konstruktivisme som teori-redskap så vi også hvordan aktørene konstruerte virkeligheten gjennom å kjempe for å få gjennomslag for sine virkelighetsdefinisjoner og klassifikasjoner (Bourdieu 1990). Som vi skal komme tilbake til er det også eksempler på at brukerne melder seg i det sosiale feltet med sine virkelighetsoppfatninger og sine krav til hva som skal være relevante kulturtiltak.

I spenningsfeltet mellom disse ulike formene for rasjonalitet vil også *Kultur gir helse* være nødt til å plassere seg. Det illustrerer at handlingene må begrunnes i mange og til dels motstridende former for rasjonalitet. Spenningsfeltet bidrar dessuten til å forklare de legitimitetsproblemene som de ulike lokale prosjektlederne i *Kultur gir helse* sliter med. Som vi kommer tilbake til i kapittel 6, har vi i analysen vært opptatt av hvem prosjektleder er og hvilken tyngde og erfaring vedkommende har med seg inn i posisjonen, fordi det forteller noe om hvor vedkommende er vant til å hente rasjonell forankring for sine handlinger fra. En del byråkrater har med seg inn i posisjonen en forvaltningsmessig måte

<sup>8</sup> Se for eksempel evalueringen av Kulturskole-prosjektet i Finnmark, hvor den første prosjektlederen la vekt på at han ville forandre framtiden til Finnmark fylke gjennom kulturoppføring til skolebarna, mens den neste brydde seg lite om effekter utover det at ungene ble mer glad i musikk, teater osv. (Krogh 1998).

å nærme seg problemene på. Noen politikere og helsearbeidere tenker også på lønnsomhetsaspektet i forebyggende arbeid. Mens andre har en mer profesjonell kunstnerbakgrunn, og dermed erfaring fra en humanistisk-sosial form for rasjonalitet. Alle disse prosjektledertypene er representert i *Kultur gir helse*.

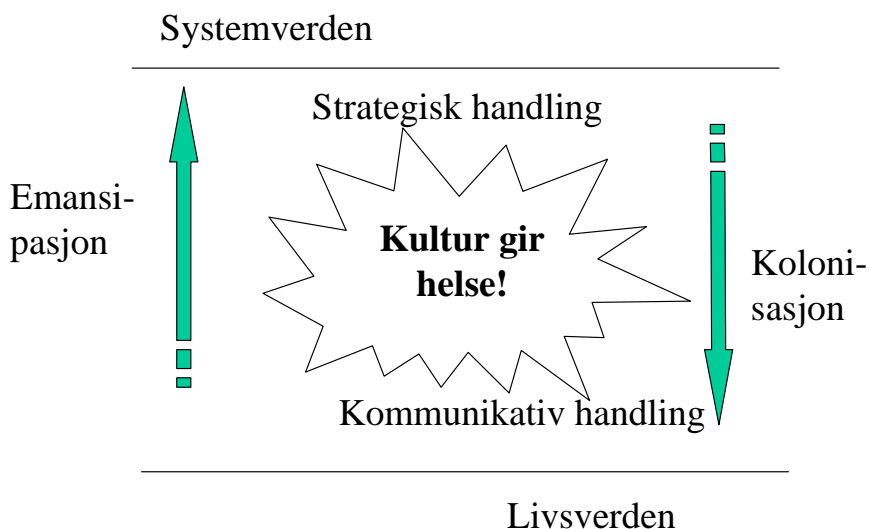
Bakgrunnen til de som skal gjøre jobben, har både gitt erfaringer og skapt spillerom. De naturgitte rammene bidrar også til det spillerom som valgmulighetene spilles ut innenfor. De dreier seg for eksempel om at prosjektet i Karasjok foregår innen for en samisk kontekst, der lestadianske tradisjoner setter begrensninger, mens prosjektet i bydel Bygdøy-Frogner i Oslo både har en svært annerledes befolkningsmasse å forholde seg til, samt store kulturinstitusjoner innenfor sine geografiske grenser.

Foran har vi knyttet rasjonaliteten sammen med Pierre Bourdieus teorier om aktørens strategiske handlingsvalg. At handlingsvalgene er strategiske, er lett å se så lenge vi handler i forhold til en byråkratisk eller en økonomisk rasjonalitet. Men når utgangspunktet er mer idealistisk, blir den strategiske dimensjonen annerledes. Ellen Aslaksen (1999) sier det slik: "Å framstille mennesker som strategiske aktører som kalkulerer vinning og tap kan være dekkende for noen handlinger, men er langt fra tilstrekkelig til å forstå verken kunstverdenen eller andre verdener".

Kanskje kan vi skille mellom strategiske handlingsvalg og idealistisk baserte handlingsvalg. Da bli det også naturlig å knytte an til Jürgen Habermas' teori om kommunikativ handling. I følge Habermas består det sosiale liv av to grunnleggende handlingstyper: Den strategiske/ målrasjonelle og den kommunikative handling. De er knyttet til to rasjonalitetsformer, nemlig formålsrasjonaliteten og den kommunikative rasjonalitet. Den målrasjonelle handling innebærer at aktørene beregner hvilke midler som vil være mest egnet til å nå noen på forhånd oppsatte mål. Dette vil være naturlig når handlingene skal forankres i en byråkratisk/forvaltningsmessig rasjonalitet, eller en økonomisk rasjonalitet. Den kommunikative rasjonalitet derimot, bygger ikke på strategiske beregninger, men på en gjensidig forståelse mellom aktørene. Trolig kan det kulturpolitiske teori betegne som 'humanistisk-sosial rasjonalitet' betraktes som en form for kommunikativ rasjonalitet. Det er disse to rasjonalitetstypene og handlingstypene som gir grunnlag for å betrakte samfunnet som delt i en livsverden og en systemverden (jf. Kaspersen 1992:73.)

	Systemverden, strategisk handling og rasjonalitet	Livsverden, kommunikativ handling og rasjonalitet
Koordinering av handlinger	Styring gjennom penger og makt	Felles livsverden, viljesdannelse gjennom felles normsystem og språklig kommunikasjon
Metodisk synsvinkel	Tilskueren	Deltakeren
Samfunnssektor	Økonomiske og politiske delsystemer	Familie, fritid, kultur, moral, etc.

Vi kan altså betrakte både den byråkratiske og den økonomiske rasjonaliteten som rotfestet i en systemverden karakterisert av strategisk handling, mens den kreative rasjonalitet henger sammen med en livsverden preget av kommunikativ handling. I følge Habermas, oppstår utviklingskriser nettopp i møtet mellom systemverdenen og livsverdenen (Habermas 1987). Og det er akkurat i dette møtet at vi finner *Kultur gir helse!*

Figur 2.1 *Kultur gir helse mellom systemverden og livsverden*

På den ene siden kan kultur eller kulturelle ytringer representere et frigjørende perspektiv, gjennom at det inviteres til en ekte kommunikativ samhandling mellom likeverdige parter (jf. Wellmer 1991:62, Jay 1991:133, Habermas 1975). *Emansipasjon* viser nettopp til dette frigjørende potensialet. *Kolonisasjon* viser til at det i vår samfunnsstruktur også ligger det en implisitt fare for motsatte krefter, og det knytter an til Habermas' oppfordring om at kulturen og hverdagslivets krise bør rasjonelt analyseres i forhold til det samfunnsystem som koloniserer livsverdenen (jf. Duelund 1992:277). Det dreier seg om at den litterære og politiske diskusjonen erstattes av noe som kan likne på reklamekampanjer (jf. Vestheim 1994:10). Kulturresonnementet erstattes av kulturkonsumet. I stedet for å være deltakere i en reell samhandling, kan vi blir redusert til objekter for påvirkning eller manipulasjon. Den kommunikative handling kan bli erstattet av en målrasjonell handling, der effekten betyr mer enn innholdet.

Kolonisasjon kan kanskje også sees på som noe vi kan observere nokså konkret og direkte - nemlig som det som skjer dersom de frigjørende elementene og det kvalitative i kunsten blir skjøvet til side av den instrumentelle funksjon. I evalueringen av *Kultur gir helse* i Uranienborg-Majorstuen, viser Jørgensen at flertallet av aktivitetene i bydelen har vært preget av at det er helse- og sosialarbeidere som har tatt initiativet og stått for gjennomføringen (Jørgensen 2000:97). Hun refererer Langslet, som har brukt uttrykket "trivselsterapiens Legoland" om en kulturpolitikk som flyter ut i konturløs fritidspolitikk eller miljøpolitikk, der alt som kan gi mennesker opplevelser og impulser, blir like viktig og like bra (Langslet 1990:36).

Sett fra et ståsted i livsverden, kan tiltak som *Kultur gir helse* dermed gi muligheter for en frigjøring fra systemverdenens krav og systemverdenens fokus på økonomi og makt. På den annen side kan de instrumentelle aspektene også betraktes som uttrykk for systemverdens inntrengen i livsverdenen, og dermed som en trussel mot den kommunikative rasjonalitet. *Kultur gir helse* vil måtte finne sin plass et sted mellom systemet og livsverdenen, mellom emansipasjon og kolonisasjon.

## 3 Hvordan gir kultur helse ? Eksempler fra forsøksfloraen

### 3.1 Helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende arbeid

*Kultur gir helse* både gjennom helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende arbeid. De helsefremmende aspektene kan betraktes som en reaksjon på helsevesenets sykdomsfokusering. I dagligtale brukes "helsetjenesten" i blant synonymt med sykehustilbudet. *Helsefremmende* arbeid er rettet mot store grupper, gjerne befolkningen som helhet. Det er definert slik i NOU 1998:18 *Det er bruk for alle*:

- styrking av at folk blir i stand til å definere sine egne problemer ut fra egen situasjon og finne sine løsninger i fellesskap med andre (empowerment),
- utvikling av aksepterende, støttende og gode lokalsamfunn,
- arbeid med sikte på at alle skal ha en mulighet for å føle seg verdsatt og nyttig for seg selv og andre,
- samarbeid med borgerne, brukerne og frivillig sektor.

For definisjoner av forholdet mellom helsefremmende og *forebyggende* arbeid, kan vi også gå til NOU 1991: 10 *Flere gode leveår for alle*. Der opererer man med følgende skille mellom helsefremmende og forebyggende arbeid:

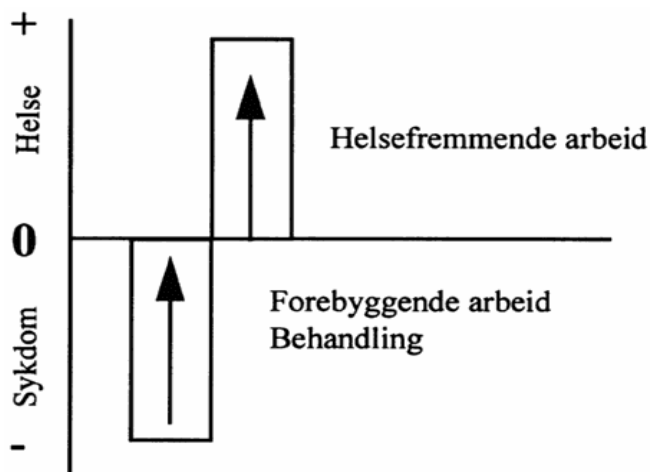
"Helsefremmende arbeid innebærer «å fylle på» med ting som er gode og positive, og som gjør at vi får det bedre. Eksempler kan være mer tid og anledning til familieliv, eller et bedre og sikrere bomiljø og arbeidsmiljø. Her venter vi ikke for å se om noen blir syke eller får problemer, vi gjør noe for eller med alle, før det er kommet så langt.

Forebyggende arbeid derimot, innebærer å fjerne, hindre eller stenge for faktorer som kan føre til sykdom, skade eller andre problemer. Her tar vi som utgangspunkt kunnskap om personer som allerede har fått problemer eller sykdom, og arbeider oss bakover i årsakskjeden for å finne hvordan det kunne vært unngått, og prøver å hindre at andre kommer i samme situasjon."

Vi kan også merke oss at en styrket innsats mht. helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid er et av satsingsområdene som er framhevet i St.meld. nr. 28 *Innhald og kvalitet i omsorgstenestene*. Forholdet mellom helsefremmende og forebyggende arbeid illustreres for øvrig ofte av en figur der det helsefremmende knyttes til helse, mens

forebygging knyttes til sykdom. Figuren er utarbeidet av Peter F. Hjort, og bl.a. presentert i NOU 1998:18 (side 170):

Figur 3.1 *Forebyggende og helsefremmende arbeid*



Mens helsefremmende arbeid altså er rettet mot de mange, er forebygging noe mer spesifikt og avgrenset, og *rehabilitering* er rettet inn på mennesker som på grunn av sykdom, skade eller medfødt lyte har midlertidige eller varige funksjonsnedsettelse. I den siste stortingsmeldingen om rehabilitering (St.meld nr 21 1998-99) blir begrepet for øvrig definert slik (kap. 2.1):

”tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet.”

Innenfor kultur og helse-satsingen finnes det eksempler på tiltak som er både helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende - *samtidig*. De retter seg både mot ”de mange” som ikke er syke, mot de som utgjør en risikogruppe for å utvikle sykdom eller andre problemer, og de som er syke eller har en nedsatt funksjonsevne. Noe av poenget er at mennesker som er syke eller har en mer varig nedsatt funksjonsevne ofte vil kunne bli mindre syke og oppnå en bedre funksjonsevne gjennom å delta i en *integrert* sammenheng med de som er ”friske”.

Mange tiltak i prosjektkommunene er direkte rettet mot grupper som enten har en stor risiko for å utvikle helsemessige problemer, eller som er syke eller har en funksjonshemming. Aktivitetene utspilles i en *segregert* sammenheng. Ofte er det et poeng at mennesker med sykdom eller funksjonshemming ikke deltar sammen med funksjonsfriske – blant annet fordi de ikke ønsker å utspille sitt handicap i andres påsyn.

Vi skal i dette kapitlet gi eksempler på tiltak som er gjennomført i prosjektkommunene, for å vise hvordan kommunene har konkretisert invitasjonen fra Sosial- og helsedepartementet og Kulturrådet. Vi skal rent deskriptivt gi eksempler på det vi mener er typiske tiltak. Noen er typiske i den gjengse betydning av ordet – de er vanlige og hyppig

forekommende i forsøksfloraen. Andre er igjen idealtypiske – de representerer en viktig eller interessant tilnærming uten at tiltaket nødvendigvis er forsøkt ut andre steder enn i en kommune.<sup>9</sup>

*Tiltakene vil i stor grad bli presentert på sine egne premisser – slik de presenteres fra fagfolk i kommunene og eventuelt fra brukere. Mer problematiserende drøftinger knyttet til enkeltteksempler, til kommunale strategier eller til hele forsøksprogrammet, vil vi komme tilbake til i kapitlene 4 til 7.*

## 3.2 Prosjekter og tiltak for brede grupper

De fleste prosjektkommunene har forsøkt å aktivisere grupper som ikke er definert på bakgrunn av en sykdom eller funksjonshemming. Vi snakker da om brede grupper som for eksempel barn, ungdom, voksegruppen, pensjonister. Danseprosjektene fra Levanger og FYSAK-prosjektet i Nordland fylke, er eksempler på at en aktiviserer flere grupper. Men dette skjer ikke alltid på samme arena til samme tid.

### 3.2.1 Dans for de mange

Danseprosjektet i Levanger skiller seg kanskje ikke ved første øyekast så mye fra danseskoler som drives rundt omkring i landet. Men dansen er her lagt til skolene. Dette for å kunne rekruttere enda flere til å delta i denne aktiviteten enn det som er tilfellet på mer kommersielt drevne danseskoler. Gjennom at dansetiltaket har vært organisert og iverksatt i nært samspill med kommunen, har også den økonomiske inngangsbilletten vært svært lav og lite ekskluderende. I tillegg mobiliserte en foreldre som hjelpeinstruktører som hjalp de som hadde problem med trinn eller rytme slik at de ikke skulle ”bli tapere” i denne aktiviteten.

Danseprosjektet fikk en lokal start i kommunedelen Åsen i 1994/1995. Kursene ble arrangert på kveldstid med en instruktør som holdt et høyt faglig nivå. Dansen ble også trukket inn i musikktime på skolen. I 1996 ble dette dansetiltaket utvidet til alle barneskolene i Levanger for alle elever i 5. og 6. klasse<sup>10</sup>.

Helsemotivet bak danseprosjektet var at det skulle virke rusforebyggende. Det instrumentelle aspektet var tydelig. I første rekke skulle en bygge opp barnas sjøltillit – noe som i seg selv kan ha en helsegevinst. Men å inneha ferdigheter innen dans vil også forebygge store inntak av alkohol når ungdommen blir eldre og skal ut på fest. I beskrivelsen til danseprosjektet siteres Alf Prøysens Vårvis:

”Og denne lærdommen skal du sæinse. D’er æiller fali fær den som dæinse, men står du stille og følger med, da er det fali, da kan det skje!...”

<sup>9</sup> I hovedsak presenteres tiltak hvor vi har gjennomført datainnsamling – hvor vi har intervjuet og/eller observert. Det vil si tiltak fra de seks eksempelkommunene. Vi vil allikevel presentere et par tiltak fra kommuner som ikke har vært eksempelkommuner, men hvor vi allikevel har samlet inn en del data.

<sup>10</sup> Danseprosjektet ble med andre ord startet før Levanger ble en ”HELKUL”-kommune. Denne satsingen på dans som forebyggende virkemiddel var visstnok en av årsakene til at Levanger ble valgt ut som forsøkskommune.

Dansekurset gikk over 5 kvelder á 2 timer. Elevene fikk undervisning i ei grunnpakke på 5 danser, samt at de fikk undervisning i en del sosiale ferdigheter knyttet til dansen. Prosjektet endte med en avslutningskveld i Skogn-hallen med 400 dansere – pluss foreldre/besteforeldre. Levanger kommune har også arrangert dansekurs for mer avgrensede grupper – som bl.a. ei røykestoppgruppe, en gruppe revmatikere og ei gruppe med rusmisbrukere.

### 3.2.2 Fysisk aktivitet for de mange

FYSAK-prosjektet i Nordland presenterer seg selv som

”et modellprogram for fysisk aktivitet i utvalgte kommuner i Nordland. Programmet skal bygge opp modeller for systematisk bruk av tilpasset fysisk aktivitet i helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende arbeid med forankring i kommunehelsetjenesten.”

FYSAK har vært et fylkeskommunalt program, med base i kulturavdelingen i Nordland fylkeskommune. Valnesfjorden helsesportsenter spilte en viktig rolle for oppstarten av for FYSAK Nordland. Valnesfjorden ligger i Fauske kommune og er det nordnorske Beitostølen. Helsesportsenteret, fylkeskommunen og *Kultur gir helse* hadde allerede etablert et samarbeid da mulighetene kom for å knytte seg til. Utover i prosjektet har det vært preget av en vellykket kobling mellom fylkeslegen, fylkets kulturavdeling og helsesportsenteret. Fylket har selv vært den tyngste økonomiske bidragsyteren. De har også fått støtte både fra Sosial- og helsedepartementet og Norsk kulturråd. Dessuten har de hatt økonomiske bidrag fra SOHO og fra Norges Idrettsforbund.

FYSAKs overordnede mål har vært:

”Utvikle tilpasset fysisk aktivitet og andre aktivitetsbaserte kulturtiltak som en integrert del av kommunehelsetjenestens tilbud, spesielt med tanke på forebyggende helsearbeid og rehabilitering av ulike (diagnose-) grupper.”

Selv om prosjektet har vært styrt fra fylkeskommunen, har de lokale prosjektene stått fritt til å velge sine egne målgrupper. De har stort sett ikke lagt spesielt vekt på å nå det man kan kalle marginaliserte grupper. Fra det fylkeskommunale nivået har man lagt opp til at målgruppene skal bestemmes av de behov som kommunene har. For øvrig sier de at målgrupper

”... er i utgangspunktet alle som har nytte av et fysisk aktivitetstilbud for å vedlikeholde eller forbedre sin helse.”

Valget av lokale målgrupper har vært noe preget av at de fleste kommunene har hatt en fysioterapeut som lokal koordinator. En brukerundersøkelse som FYSAK Nordland gjennomførte i samarbeid med Institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø, gir også en viss pekepinn på hvem som har brukt FYSAK-aktivitetene: 35% hadde vært plaget av smerter og/eller stivhet i muskler og ledd i minst 3 måneder sammenhengende. 20% hadde ryggsmarter daglig eller flere ganger i uka<sup>11</sup>. Kommunene selv forteller gjerne at målgruppen er hele kommunens befolkning, eller eventuelt ”alle inaktive” i kommunene. I noen få kommuner har en satset noe mer spesielt, for eksempel på barn med astma i Saltdal, eller personer med hjertelidelser i Vefsn.

<sup>11</sup> Kilde: Rapport 1996-99 FYSAK Nordland. Kulturavdelingen, Nordland fylkeskommune.

Aktiviteten ute i kommunene har vært omfattende og variert: turorientering, seniordans, og barneidrettsskole. I Alstadhaug kommune har de hatt gågrupper. Deres egen begrunnelse var at dette var enkelt, og krevde lite for å komme i gang. Etter hvert ble det fire slike grupper, som til sammen aktiviserte omtrent 40 personer. I følge den interne evalueringen, har deltakerne vært folk med ryggplager, hofteplager, folk som ikke tør gå ut alene, svaksynte, - men også andre som bare har hatt lyst til å være med. I Vevelstad kommune kom FYSAK samtidig med åpningen av allbrukshuset i oktober 1996, et bygg med stor dugnadsinnsats. Det betydde at det var mange rammebetingelser som falt på plass samtidig. FYSAK kjøpte inn utstyr, og de fikk i gang mange fysiske aktiviteter knyttet til huset. De arrangerte også turmarsjer med 70 – 80 deltakere, noe som faktisk betyr omtrent 10% av befolkningen i kommunen. I Steigen kommune var eldredans en prioritert aktivitet, og 70 eldre, fordelt på fire grupper deltok ukentlig.

FYSAK Nordland har hatt noe samarbeid med frivillig sektor. Idrettslagenes deltakelse i de lokale prosjektgruppene, har vært en forutsetning for å få støtte fra det fylkeskommunale prosjektet. Erfaringen er imidlertid at dersom idrettslagene oppfordrer folk til å begynne å jogge, skjer det ikke så veldig mye. Men når det oppfordres og legges til rette fra fylkeslegens side, er det noe annet. Det har også vært samarbeid med andre frivillige organisasjoner, for eksempel Lions Club og 4-H (Herøy), den lokale revmatikerforeningen (Fauske) og (LHL) forening for hjerte- og lungesyke (Tysfjord). At samarbeidet med frivillig sektor har vært viktig, er også tydelig i den interne evalueringen. For eksempel er rådmannen i Værøy opptatt av at FYSAK ikke bare skal bli identifisert med kommunen, men også med de frivillige organisasjonene:

”... for ellers er du tilbake til at alt er flott så lenge kommunen gjøre det, ordner det og betaler det. Tilbake til at du skal ikke bidra med noe selv.”

FYSAK Nordland er trolig det eneste av kultur-helseprosjektene som så å si utelukkende har konsentrert seg om fysisk aktivitet. Det har hatt sin base i kulturavdelingen i fylkeskommunen, og i et par tilfeller også i kulturetatene ute i deltakerkommunene. Mange av deltakerkommunene er imidlertid svært små, og det gjør den kommunale satsingen mer enn alminnelig personavhengig. Vega kommune baserte for eksempel sin satsing på engasjerte og sentrale personer som de kunne dra vekslers på, men da helsesøster ble langtidssykmeldt og kommunelegen sluttet, oppsto det problemer.

FYSAK Nordland er også et eksempel på at man faktisk har forsøkt å oppfylle kriteriene på hva som skal være godt folkehelsearbeid, faktisk før disse ble uttrykt i NOU 1998:18. Utgangspunktet har vært å ”styrke lokalsamfunnet”, der den enkelte skulle ”finne sine løsninger i fellesskap med andre”, og arbeidet har foregått i ”samarbeid med borgerne, brukerne og frivillig sektor”. Så lenge prosjektet har pågått, virker det som de har lyktes med dette. FYSAK-brukerne ønsker å fortsette med slike aktiviteter, 60% sier at FYSAK har ført dem i kontakt med flere mennesker, og nesten 80% er blitt mer bevisst sin egen helse.

### 3.3 Integrering gjennom felles aktivitet

En mye brukt strategi i prosjektkommunene har vært å utvikle aktiviteter hvor den primære målgruppen er en marginalisert gruppe, men hvor en også må få til en betydelig deltakelse fra ”normalbefolkningen” for at det skal bli et godt tiltak. Tiltakets vellykkethet er betinget av at man får oppslutning fra begge grupper.



Samtidig eksisterer det i kommunene en rekke kulturaktiviteter og kulturinstitusjoner som er innrettet mot "normalbefolkningen". Hvis mennesker med en sykdom, lidelse eller funksjonshemming skal *oppleve* kunst av god kvalitet som for eksempel en konsert eller teaterforestilling, må de ofte delta på kulturarenaer sammen med andre kategorier mennesker. En strategi har derfor vært å forsøke å redusere tersklene til det ordinære kultur- og aktivitetstilbud slik at marginaliserte grupper lettere kan bruke det. En annen strategi har vært å styrke enkeltpersoners evne til å skride over de deltakelsesterskler som defineres som vanskelig å komme over uten hjelp.

### 3.3.1 Integrering i det "normale" ungdomsmiljøet

Tiltak rettet mot utsatte barn og unge har ofte en integrerende målsetting. Hvis en skreddersyr tiltak for kun en utsatt barne- eller ungdomsgruppe, kan det kunne virke mot sin hensikt. Å utvikle særegne kultur og aktivitetstiltak for eksempel barn og unge med atferdsproblemer kan forsterke deres identitet som "annerledes", det kan bidra til å stigmatisere dem i lokalsamfunnet og det kan bygge opp under en negativ subkultur (Bjørge og Carlsson 1999). For å unngå et slikt "særtiltak" må en også gjøre en innsats for å få "vanlige barn og unge" til å delta i samme aktivitet. En må forsøke å "slå to fluer i ett smekk".

Det tiltaket fra Levanger som presenteres nedenfor er kanskje ikke så typisk for *Kultur gir helse* – i betydningen av at det er så mange slike i forsøksparken. Men det representerer allikevel et vanlig tiltak som mange steder i landet har vært utviklet i skjæringsfeltet mellom kommunale hjelpeinstanser, skolen, foreldre, elever og frivillige organisasjoner (jf. Nordahl og Carlsson 1999).

Den primære målgruppen for *Halloi i Skogn-hallen* er ungdom med behov for ekstra tiltak og oppfølging og som kommer fra lokalsamfunnet Skogn i Levanger kommune. Prosjektet er et prosjekt mellom helse- og sosialetaten, kultur- og miljøetaten og undervisningsetaten, Skogn ungdomsskole, natteravnprosjektet og Skogn Idrettslag. I prosjektbeskrivelsen nevnes følgende problemer som barn/ungdom i målgruppen kan ha: Lav selvfølelse, tilknytningsproblemer i forhold til voksne, identitetsproblemer, svak sosial mestring og lav impuls- og aggresjonskontroll, uklare normer. Tanken bak er at gjennom å anvende kulturelle virkemidler, i betydningen aktivitet sammen med andre og vel-fungerende barn, skal en bidra til økt selvrespekt og mestringsevne for målgruppen.

Det tiltaket som er utviklet på Skogn er en allaktivitetskveld annenhver fredag i Skogn-hallen for ungdommer i alderen fra 14 år og oppover. Dette er en stor idrettshall med mange muligheter for aktiviteter som disko, TV-spill, biljard, dart og en rekke mer anstrengende fysiske aktiviteter. Salen kan for eksempel deles i tre baner til nesten alle tenkelige type ballspill. Det er i stor grad opp til ungdommene selv å spontanorganisere de aktiviteter som skal skje på hver bane. Dette er en form for allidrett, men uten idrettens vanlige organiserte ramme rundt aktivitetene.

Det bor 190 elever i den aktuelle aldersgruppen i Skogn. Oppmøtet på fredagskveldene varierer fra 70 til 100 stykker. Det sies at en tiltaket når en meget stor andel av den ønskede målgruppen, i tillegg at enkelte ungdommer fra Leira flyktingemottak også deltar.

Lokalsamfunnsdeltakelsen er også stor på "driftssiden". Fra lokalsamfunnet stiller 9 frivillige voksne og 5 ungdomsskolelever som vakter hver aktivitetskveld. I tillegg

kommer en vaktmester og en medarbeider lønnet fra HELKUL-prosjektet<sup>12</sup>. Brukermedvirkningen skjer via elevrådet på skolen hvor innhold i tiltaket diskuteres.

### 3.3.2 ”Happening” for marginaliserte grupper

Et typisk eksempel på å blande mennesker som sliter med sykdom eller en funksjonshemming og ”normalbefolkningen”, har vært en en-dags happening preget av deltakelse på tvers av sosiale grupper og på tvers av kunstarter. Dette har vært kalt for ”Happala-prosjektet” med referanse til inspiratoren bak dette delprosjektet - den finske komponisten, improvisatøren og regissøren Tuomo Happala. ”Happala-prosjektet” har utgjort et sentralt element i 2kryss (et samarbeid mellom Rikskonsertene og Sosial- og helsedepartementet og som har vært innlemmet i *Kultur gir helse*-paraplyen), og ble gjennomført i en eller annen form i alle 2kryss-prosjektene.

Happalas konsept er å samle noen hundre mennesker i lokalsamfunnet til å lage en forestilling. En må finne en passende arena/scene som forestillingen kan utspilles på. En forsøker å finne et bærende tema for forestillingen, og en bruker ”alt” hva en kan finne av profesjonelle og frivillige krefter som kan delta, samt at en finner utstyr og materiell i lokalsamfunnet som kan egne seg. Ved å sy mange elementer som hver for seg synes å være helt ”ville” inn i en organisert sammenheng med musikk, dans, andre artistiske opptredener vil både deltakere og publikum få en opplevelse de sjelden har fått tidligere.

I juni 1999 ble det arrangert en slik ”engangs-happening i Førde” med rundt et par hundre deltakere og rundt tusen tilskuere. Hele ”happeningen” ble arrangert en sen kveld slik at en kunne bruke spesielle lyseffekter. Forestillingen var spunnet rundt temaet en Amerika-reise – og var lagt til busstasjonen midt i Førde sentrum. Her deltok motorsykelklubben med store motorsykler med buldrende lyd, sportsfiskere sto på busstasjonens tak og fisket med flue, klatregruppa rappellerte ned fra taket fra den 4 etasjer-høye bygningen, profesjonelle musikere spilte oppe i ei vogn dratt av hester, en hadde med amatørmusikere, ei gruppe psykisk utviklingshemmede lagde lyder på rytmeinstrumenter, og ei gruppe mennesker med enten psykiske lidelser eller tilpasningsproblemer til det ordinære arbeidslivet spilte en viktig rolle som reisende.

Dette er en type forestilling som vanskelig kan beskrives i ord - den må oppleves. Tilskuerne blir konfrontert med den ene visuelle og lydmessige overraskelsen etter den andre. Et viktig trekk er at det er plass for alle gruppedeltakere – fra de profesjonelle kunstnere til mennesker med psykiske lidelser, til psykisk utviklingshemmede og til medlemmer i diverse frivillige organisasjoner. Alle får en rolle – hvor ingen roller er påtakelig viktigere enn andre. Tiltaket når brede og smale grupper samtidig.

Forut for en slik forestilling, er det mye som måtte planlegges og øves på. For enkelte av gruppene gikk planleggingen over flere måneder. Dette gjaldt blant annet de med psykiske lidelser eller store tilpasningsproblemer til arbeidslivet. Overfor denne gruppa spilte teaterkonsulenten fra Sogn og Fjordane fylke ei nøkkelrolle i planleggingen. Deltakerne måtte få oppgaver som var tilpasset det de kunne klare. Ti brukere meldte seg på. Deltakerne måtte lage kostymer selv. De måtte trene på sine roller, på å bære tunge amerikakofferter og øve inn replikker.

---

<sup>12</sup> Det årlige offentlige utlegget til tiltaket er ca. 60.000 kroner. Fra en av de ansvarlige i kommunen uttales det at dette tiltaket neppe kunne ha vært satt i gang uten HELKUL-prosjektet. De midler en ellers ville hatt i kommunen ville ikke ha strukket til.

Personalet på Elvahuaset understreker at dette hadde positive konsekvenser for flere av brukerne, at de mestret noe og fikk strekt seg litt. En i personalet uttrykker at

”...det var helt utrolig hva Happala fikk dem til å gjøre. Happala hadde en langtidseffekt. Det var snakk om det lenge etterpå, og fremdeles snakker de om det [to måneder senere].”

### 3.3.3 Drama i skolen – rettet mot *ett barn* i en integrert setting

En klasse på en av barneskolene i Levanger hadde et dramaprojekt som gikk over 40 timer fordelt over et vårsemester. Prosjektet rettet seg mot hele klassen, men det var egentlig en eneste elev med angst og en del psykiske problemer som var målet. Skolen leidde inn en dramalærer for å bruke drama som virkemiddel for å styrke denne ene eleven. Tiltaket hadde en klart forebyggende målsetting, men måtte også komme de andre elevene til gode. Hvis dette ikke hadde vært meningsfullt for de andre elevene også, ville det neppe ha vært gjennomførbart. Dramaprojektet aktiviserte hele klassen samtidig som en styrket den ene eleven. Resten av klassen visste ikke at opplegget var knyttet opp mot den ene eleven.

En del av opplegget i klassen var å bedrive teatersport. Elevene får oppgaver hvor de skal improvisere – ofte dreier det seg om å spille ut for de andre en fantasi, opplevelser de har hatt eller kjente situasjoner (eks. venting på busstasjonen eller aktiviteter på et kjøkken om morgenen). Målsettingen for improvisasjonsarbeidet (Brørs 1999) er at det styrker

- den spontane kreativiteten
- forestillingsevne og skapende fantasi
- evne til innlevelse og opplevelse
- samspill og samarbeid med andre
- evnen til å finne nye løsninger og alternativer, og til å improvisere

Den andre delen av opplegget har vært å lage og spille et teaterstykke. Her hadde dramalærer gitt noe av rammen. Hun introduserte noe av historien, sted og tid, og noen kjennetegn ved enkelte rollefigurer. Utfra dette fundamentet laget elevene resten av skuespillet og fant på nye rollefigurer. Deretter måtte de velge hvilken rolle de ønsket – og dette måtte avstemmes mot de ønskene de andre elevene hadde. Det var et mål at alle elevene skulle være med og ha en rolle. Forestillingen skulle settes opp i gymsalen, og både elevene og foreldrene ble engasjert i å lage kulisser. Det hele skulle ha et seriøst preg. Elevene skulle være iført ordentlig sminke, og forestillingen ble skikkelig lyssatt.

Det ble spilt tre forestillinger. En for foreldre, søsken, familie og venner, og to for de andre elevene på skolen. Det rapporteres fra skolen og fra foreldrene til den ene eleven at han vokste betydelig på deltakelsen. De andre elevene lærte dessuten mye om hvordan en lager et teaterstykke og hvordan fremføre det høyt og tydelig.

Opplegget var ikke spesielt dyrt. 40 timer med instruktør kostet ca. 10.000 kroner (som i dette tilfellet var forsøksmidler). En fikk prøvet ut bruk av drama som spesialpedagogisk hjelpemiddel på en måte som ikke virket stigmatiserende for den ene eleven. For at dette skulle være et godt tiltak for eleven med spesielle behov – måtte det også være et godt tiltak for alle de andre elevene. Hvis ikke ”totaliteten” hadde fungert, hadde det vært et dårlig tilbud for den ene eleven.

### 3.3.4 Å gjøre kulturtilbudet tilgjengelig for ”småforbrukerne”

Både Sosial- og helsedepartementet og Norsk kulturråd har understreket betydningen av å øke tilgjengeligheten til stimulerende kulturtilbud- og aktiviteter for mennesker som i dag har vanskelig tilgang til dette (jf. kap 1.3). Dette har også vært uttrykt som at helsevesenets storforbrukere – som vanligvis er kultursektors småforbrukere – bør delta i kulturaktiviteter i langt større grad. En viktig målsetting i mange av prosjektkommunene har også vært å forsøke å bygge ned terskler til det ordinære kulturtilbudet slik at mennesker som sliter med sykdom, funksjonshemning eller rusproblemer kan få positive opplevelser på ordinære kulturarenaer. Dette kan i sin tur venne dem til å bruke disse arenaene. Som vi kommer tilbake til i kapittel 7, har slik ”terskelnedbygging” delvis vært økonomisk – dvs. at brukergruppene har fått reduserte eller subsidierte billetter til forestillinger eller arrangement. Og den har delvis vært sosial – dvs. at det er noen som har motivert brukerne til å delta, som har fulgt dem under deltakelse på slike kulturarenaer og som har derigjennom skapt trygghet slik at brukerne har ”turt” å ta det ordinære kulturtilbudet i bruk.

Fra høsten 1999 ble det etablert et ”fritidsprosjekt” på Rjukanlys i Tinn. Det er en vernet bedrift hvor målsettingen er å få folk som er arbeidsledige eller på atføring ut i arbeid<sup>13</sup>. Tiltaket har ca. 45 deltakere. De fleste er i alderen mellom 20 til 50 år og årsakene til at de er arbeidsledige eller på atføring er mange: Noen er alkohol/rusmisbrukere, noen har dårlig selvtillit, noen har psykiske problemer, noen er flyktninger til Norge – andre igjen har helt andre årsaker til at de har vansker med å få seg arbeid.

En viktig erfaring som arbeidskontoret og sosialkontoret hadde gjort, var at hvis brukerne har en lite meningsfull fritid, kan enkelte falle tilbake i et rusmisbruk, mens andre igjen kan blir mer deprimerede og derved mindre egnet til å kvalifisere seg for det ordinære arbeidsmarkedet.

Prosjektet på Rjukanlys har fått navnet ”Lev Lurt”. Det består av tre deler eller ”pakker” som det kalles. Det har en *feriepakke* – som går på å stimulere (også økonomisk) til en meningsfull ferie. Ferien er erfaringsmessig en periode hvor mange med bl.a. rusproblemer faller fra og ikke møter opp etterpå. Den andre delen er en *startpakke* for enkeltpersoner – hvor de får både økonomisk og annen hjelp til å komme i gang med fritidssysler enten individuelt eller i foreninger og lag. Den tredje delen, som kalles for *kulturpakken*, går ut på å få deltakerne til å bruke både det lokale og regionale kulturtilbudet. Det er denne kulturpakken som er relevant å fremstille her:

Kulturpakken inneholder penger til aktiviteter samt arbeidstid fra en prosjektmedarbeider. En viktig målsetting er å senke terskler slik at deltakerne kan anvende det etablerte kulturtilbudet. Siden det her gjelder ei gruppe uten arbeid og med dårlig økonomi har et viktig virkemiddel vært å subsidiere deres deltakelse i kulturaktiviteter.

30 av de 45 deltakerne tok høsten 1999 i mot et tilbud om gratis kinobilletter. 15 av disse har brukt kinoen kun en gang, de andre 15 har brukt den flere ganger. Den enkelte kan også ta med seg inntil to personer til på prosjektets regning –for å stimulere til å bruke det ordinære tilbudet sammen med personer i deres eget nettverk. Ulempen med en slik

<sup>13</sup> Det kan diskuteres i hvilken grad dette er et *Kultur gir helse*-prosjekt i Tinn. Det gjelder her en målgruppe som *Kultur gir helse*-prosjektet i Tinn ikke jobbet med i utgangspunktet. Kulturprosjektet på Rjukanlys ble igangsatt av den vernede bedriften, sosialkontoret og arbeidskontoret uavhengig av *Kultur gir helse*-prosjektet i kommunen. Vi bruker tiltaket her som eksempel fordi det så godt illustrerer en kreativ måte å tilnærme seg ”småforbrukerproblematikken” på.

ordning er at det blir verre for de som ikke har noen å ta med seg. De vil lett føle seg ekstra ensomme. For disse har det vært viktig at prosjektleder har vært med på kino-forestillingen. På 10 uker ble det formidlet 160 gratisbilletter.

De sysselsatte på Rjukanlys har også blitt stimulert til å delta på andre kulturaktiviteter i og utenfor lokalsamfunnet. De avgjør selv hva de vil delta på, landskamp i fotball, en Vazelina-forestilling i Oslo, på en guidet tur på Vemork industriarbeidermuseum, eller på go-cart-kjøring i Drammen. Billetter og transport har vært dekket av prosjektet. Slik likner dette på Vestfoldprosjektet, som vi kommer tilbake til.

Den første gangen gruppen fra Rjukanlys gikk på kino, kom de sammen. Det var ikke noen god opplevelse for alle deltakerne. På et lite sted som Rjukan er det en umiddelbar mulighet for at de ble identifisert som ”arbeidsledige på kino”. Kultur deltakelsen kunne bidra til å forsterke en kanskje allerede negativ identitet. Etter dette har de kommet mer som individuelle kinogjengere – på samme måte som andre som går på kino. På Rjukan passer deltakerne på ”ikke å være en Rjukanlys-gruppe ute på tur”. På aktiviteter utenfor lokalsamfunnet har en ikke denne stigmatiseringseffekten.

Et kjennetegn ved denne integreringsstrategien i det ordinære kulturtilbudet er at en ikke bruker ressurser mot de ordinære brukerne av kulturtilbudet. Noe av poenget er at de ordinære brukerne heller ikke skal vite at det dreie seg om en marginalisert brukergruppe.

### 3.3.5 Biblioteket som møteplass

Et kanskje overraskende trekk ved *Kultur gir helse*-satsingen ute i prosjektkommunene, er at kommunenes tyngste kulturinstitusjon – bibliotekene – i liten grad har vært involvert i utviklingsarbeidet. Bibliotekene er ikke bare en institusjon for bokutlån. Mange steder er det også en arena for opplesninger, konserter, gallerivirksomhet m.m. Bibliotekene befinner seg midt inne i kjerneområdet til Kulturrådet – som en arena for den såkalte kvalitetskulturen. At biblioteket *kan* brukes for å stimulere kulturtilbud og aktiviteter for mennesker som har vanskelig tilgang til dette, har vi et godt eksempel på fra Arendal.

Arendal kommune åpnet i 1997 sitt nye bibliotek – et stort, lyst og trivelig praktbygg. Det gamle biblioteket var mørkt, trangt og hadde trapper som gjorde det uegnet for bevegelseshemmede og eldre. Deltakelse i prosjektet ga flere aktører inspirasjon til å tenke hvordan en kan skape en møteplass for mennesker som tradisjonelt ikke benytter seg av kulturtilbudet. Innen rammen av *Kultur gir helse* ble det etablert et eget delprosjekt som fikk navnet ”Treffpunkt biblioteket”. Det sentrale tiltaket i ”Treffpunkt bibliotek” er Bokkaféen. I samarbeid mellom biblioteket og Blindeforbundet ble det etablert en bokkafé med foredragsholdere (fortrinnsvis forfattere) som kan engasjere en forsamling. Fra primo 1998 er det arrangert tre slike bokkafékvalder pr. halvår.

I utgangspunktet var bokkaféen for blinde og svaksynte, men har etter hvert blitt utvidet til også å omfatte andre brukere. Mental Helses medlemmer, brukere av de psykiatriske dagsentrene, frivillighetssentralen og brukere av ”Boken kommer”<sup>14</sup> inviteres spesielt til disse kveldene. Det kreves mye motiveringsarbeid og en trygg ramme for å få mennesker

<sup>14</sup> Biblioteket i Arendal hadde i flere år allerede hatt en utlånstjeneste for brukere som ikke kunne komme til biblioteket selv på grunn av sykdom eller funksjonshemming. Den såkalte ”Boken kommer” hadde 60 individuelle brukere og 12 institusjoner med depoter. Delprosjekt ”Treffpunkt bibliotek” i Arendal har vært ledet av den samme bibliotekaren som har hatt ansvar for ”Boken kommer”. Det betyr at en allerede hadde kontakte til flere marginaliserte brukere – som det nå var mulig å motivere til å bruke biblioteket mer.

med psykiske lidelser til å bruke bokkaféen. Både kommunens prosjektleder for *Kultur gir helse* og delprosjektlederen fra biblioteket - som svært mange av brukerne kjenner – er alltid til stede og ønsker deltakerne velkommen i døra. Denne ”dørfunksjonen” er nesten bokstavelig talt et forsøk på å redusere terskelen inn til kulturaktiviteten.

Bokkaféen har plass til ca. 50 deltakere. Det er som regel fullt. Noe over halvparten av deltakerne tilhører de brukergrupper som er nevnt ovenfor – de har en fortrinnsrett til tilbudet og får melde seg på først. Blir det plasser til overs tilbys de til ”vanlige bokinteresserte”. Bokkaféen har hatt kåserier av flere kjente forfattere og skribenter. Hvilken forfatter som skal inviteres diskuteres mellom delprosjektleder og Blindeforbundet. Poenget er at foredragsholderne må være navn som deltakerne forbinder med noe.

”Sist forfatter som var her var Ebba Haslund. Da lå folk over bordene og lo. Det var virkelig den type latter som forlenger livet. Da Margaret Skjelbred var her og leste dikt var det en dame som virkelig strålte, og som ga uttrykk for at dette hadde vært en spesiell opplevelse for henne.”  
(delprosjektleder)

En av brukerne vi intervjuet, ei dame i 60-årene i rullestol sa at det var en stor opplevelse å være på bokkafé med Ebba Haslund. Hun hadde på forhånd lest alle hennes bøker. Samtidig er det godt for henne som er mentalt frisk, men som bor på et sykehjem hvor ikke alle andre er like friske, å komme ut sammen med andre – og å få noe annet å tenke på.

En annen bruker – en kvinne midt i 70-årene med en lettere bevegelseshemning - gir uttrykk for at hun nesten ikke brukte det gamle biblioteket, men med det nye biblioteket er det helt annerledes:

”Jeg vil gi mye ros til personalet på biblioteket og til [prosjektleder for ”Treffpunkt bibliotek”] for å åpne biblioteket opp for nye brukergrupper<sup>15</sup> og til å gjøre det til et skikkelig kulturhus. Biblioteket har vært verdt alle de 88 millioner kronene som det har kostet.”

Bokkaféen i Arendal er med andre ord en arena hvor det legges spesielt til rette for at mennesker innen den primære målgruppen kan delta. Deltakelsen fra en ikke ubetydelig del ”friske” bidrar nok til at en unngår å gjøre bokkaféen til en stigmatisert arena. På den annen side trenger en ikke gjøre noe spesiell innsats for å mobilisere eller aktivisere de ”friske”. De kommer av seg selv.

Selve bokkaféen er en sjelden ”happening”, men noe av poenget er at deltakerne skal sette seg inn i forfatterens arbeid på forhånd. Det er dermed noe mer enn en happening som skje annen-hver måned.

### 3.4 Aktiviteter i en segregert setting

Den tredje typen tiltak som er mye anvendt er der hvor en marginalisert gruppe deltar i aktiviteter sammen med andre i samme posisjon. Det mest typiske eksemplet på dette er aktiviteter som finner sted på en institusjon – enten det er et psykiatrisk sykehus, et dagsenter, et sykehjem, et flyktningsmottak eller lignende. I noen grad kan slike aktiviteter også ha en direkte terapeutisk innretning – de går under benevnelsen kunstterapi,

<sup>15</sup> Arendal bibliotek fikk for øvrig Norges Blindeforbunds tilgjengelighetspris for 1998

uttrykksterapi, musikkterapi eller lignende. Slike segregerte tiltak kan også til rettelegges utenfor en institusjon, men med brukere som for øvrig har mange fellestrekk (eks. turer i skog og mark for mennesker med psykiske lidelser).

At aktiviteter organiseres kun for mennesker som har felles kjennetegn – ofte en sykdom, en funksjonshemming eller en annen vanskelig skjebne – kan altså ha sammenheng med at de befinner seg en stor del av tida i samme setting. Men det kan også være bevisst strategi å skjerme dem fra deltakelse sammen med ”de friske”. Å delta sammen med helt funksjonsfriske kan påføre enkelte et verdighetstap. Deltakelse i aktiviteter sammen med mennesker som er i samme situasjon kan også bidra til å dele felles erfaringer. En bygger opp et fellesskap rundt en felles skjebne.

I denne kapittel-delen vil vi hente eksemplene fra aktiviteter for flyktninger og asylsøkere, for eldre i og utenfor institusjon og mennesker med psykiske lidelser. I kapittel 7 – om brukermedvirkning – kommer vi mer tilbake til erfaringene fra bruk av kultur i psykiatrien i Vestfold. Vi viser også til vedlegg 1.1 hvor Elvahuuset i Førde presenteres.

### 3.4.1 Uttrykksterapi for flyktninger og asylsøkere

På Tromøya i Arendal kommune ligger Hove leir som i dag huser et stort flyktningemottak. Psykiatrisk sykepleier har siden 1993 jobbet med aktiviteter for denne gruppen sammen med fysioterapeut, i tillegg til mer tradisjonell sykepleiervirksomhet som støtte-samtaler og medisinerer. Da Arendal kommune kom med i *Kultur gir helse* fra 1997, fikk den psykiatriske sykepleieren kursing i uttrykksterapi med vekt på kunstuttrykk, maling, pust og bevegelse. Kommunens prosjektleder hadde selv både utdanning og lang erfaring med slik uttrykksterapi og hun var en viktig motivator for den psykiatriske sykepleieren.

En stor del av flyktningene har stressproblemer knyttet til hendelser de har vært utsatt for i hjemlandet, usikkerhet for familien som er igjen i hjemlandet og usikkerhet for egen framtid her i Norge. Tilværelsen på flyktningemottaket er for mange kun venting – i usikkerhet. Mange på mottaket har vært der i flere år. Et resultat av denne stressproblematikken er at pusten blir anstrengt og stiv, og at en muskulært forsøker å holde igjen følelser. Resultatet er smerter i hode og kropp. Mange har søvn- og konsentrasjonsproblemer. Et viktig virkemiddel i uttrykksterapien er å lære brukerne avslapningsteknikker for å få ”orden på pusten”. Gjennom *Kultur gir helse*-prosjektet har en kjøpt inn et godt musikkannlegg som brukes for å formidle musikk som skaper en beroligende stemning og som kan bidra til en rolig pust og rolig hjerterytme. Musikken brukes også for å få ut følelser som lengsel og smerte, men også håp og glede.

Det er satt i gang en *kvinnegruppe* – med i hovedsak kvinner fra Kosovo. De møtes til slik gruppeterapi en time pr. uke. Her legges det vekt på bevegelse og pust. Til musikk utøver deltakerne øvelser som bidrar til at de får ”kontakt med bakken” slik at de blir mer her og nå orientert og mer nærværende. To kosovoalbanske kvinner vi snakket med uttrykker at de har lært å gjøre pusteøvelser hvis de føler at de har problemer eller blir stressede. De sier at den ukentlige timen med uttrykksterapi betyr mye for dem. Det er egentlig altfor lite i forhold til deres behov.

Ei gruppe med i hovedsak kurdiske menn møtes også en gang ukentlig til uttrykksterapi. De fleste av disse har vært lenge fengslet og er blitt torturert. Også for disse legges det stor vekt på å bruke bevegelse til musikk og pusteøvelser. Men overfor disse brukes også maling. Første dagen malte de navnet sitt. En flyktning malte bare et svart bilde og sa at

dette var ham nå. En annen malte det kurdiske flagget og fortalte hvor mye det betydde for ham.

Barna på Hove leir (fra ca. 4 til 14 år) har også et lignende tilbud – begrenset til 3-4 timer en gang hver 3 uke. Her legges det mye vekt på bevegelse og dans. Det spilles da musikk som stimulerer en høy aktivitet. Gjennom den høye aktiviteten kommer også pusten inn i et normalt leie. Deretter spilles det musikk som bidrar til å roe seg ned og få pusten i et rolig leie. Også her brukes det tegning og maling for å få malt ut opplevelser og følelser – gjerne ut fra et fastsatt tema hver gang. Tegninger og malerier er blitt utstilt både på det flerkulturelle senteret i kommunen, på kulturetaten og biblioteket. Dette er viktig for å stimulere barnas glede og stolthet. Tilbudet for barna ledes av en profesjonell kunstner som leies inn for formålet. Hun har også blitt kurset i uttrykksterapi av prosjektleder for *Kultur gir helse*.

Felles for både den innleide kunstneren og psykiatrisk sykepleier er at de har opplevd at denne type kunst- eller uttrykksterapi virkelig har gitt brukerne noe. De uttrykker en stor entusiasme for å bruke musikk, bevegelse og dans og mere visuelle uttryksformer i helsearbeidet overfor flyktninger. Psykiatrisk sykepleier uttrykker at hun gjennom *Kultur gir helse*- prosjektet har fått et langt større repertoar å spille på. Hun har mer enn medisiner og individuelle støttesamtaler å tilby. Hennes oppgave er i stor grad å hjelpe flyktningene til å holde motet oppe og mildne stress-symptomer.

### 3.4.2 Musikkterapi for flyktningebarn

*Kultur gir helse*- prosjektet i Kristiansand har også anvendt kunst og kultur som et terapeutisk virkemiddel – og da meget intensivt overfor en liten gruppe flyktningebarn med post-traumatisk stressyndrom. Dette er barn som til dels har utviklet personlighetsendringer, har reduserte sosiale funksjoner og ofte konsentrasjonsvansker. Noen har til dels betydelige atferdsproblemer, andre er igjen innelukkede og depressive. Et mål med musikkterapien er å utvikle barnas sosiale evner, gi dem en mer positiv selvoppfatning og hjelpe dem til bedre å kommunisere med andre barn gjennom musikken. Prosjektleder i Kristiansand har selv en flyktningebakgrunn, er profesjonell musiker og har en norsk høyskoleutdannelse som musikkterapeut. Gjennom intensiv individuell og gruppebasert opplæring, har han forsøkt å bidra til at barna lærer både sosiale regler, skape glede og bidra til et positivt selvbylde. For disse barna har det stor betydning å kunne mestre en situasjon, duge til noe, klare noe som omgivelsene godtar (Mujkic 1997:25). Et høydepunkt i dette prosjektet var da flyktningebarna spilte sammen med et stort profesjonelt orkester under konferansen *Ung i Dag* som Barne- og familiedepartementet arrangerte i Kristiansand våren 1998. Før en kom så langt hadde terapeuten lagt ned et stort arbeid for å få tillit hos barna, få aksept hos enkelte fundamentalistiske religiøse foreldre for at barna driver med musikk, samt lære barna å beherske bestemte instrumenter (i hovedsak rytmeinstrumenter) på en måte som skaper glede og mestringsfølelse.

Helt på slutten av prosjektperioden har også denne musikkterapien blitt tilbudt andre utsatte grupper barn, blant annet barn med andre typer funksjonshemninger. *Kultur gir helse*- prosjektet i Kristiansand har vært et ”spisst prosjekt” med en meget avgrenset målgruppe – hvor utfordringene er store, og hvor det offentlige forebyggings- og hjelpeapparatet ofte er svært rådvillig.



### 3.4.3 Friluftstiltak for mennesker med psykiske lidelser

Et viktig delprosjekt i Levanger har vært friluftsgruppa "Tjuddur'en" hvor målgruppen har vært mennesker med psykiske lidelser. Det siste året har også langtidssykmeldte i kommunen som prøver å komme tilbake i arbeid gjennom "aktiv sykemelding", vært målgruppe.

Tjuddur'en (som betyr tiuren) er ei tur-gruppe hvor i snitt 7-8 personer deltar hver gang. Noen få deltar hver gang, noen andre mer sporadisk. I 1998 deltok ca. 25 forskjellige personer. Turene går hver fredag hele året. Deltakerne samles hver onsdag i "Tjuddur-kroken" i rådhuset til planlegging – hvor bl.a. turmålet for fredagen fastsettes. Turene kan gå i skogen, i fjellet eller ut mot sjøen – alt etter årstid og ønsker. I enkelte tilfeller har turmålet også vært innendørs – som til badeland eller bowling. Et viktig poeng er at turene skal foregå i Levanger eller umiddelbare omegn. Fast på programmet er at man går sammen til et fastsatt turmål hvor en tenner bål og koker kaffe. Fra bålplassen kan en legge opp til differensierte utflukter etter interesse og lyst. Turen tar 5-6 timer.

Deltakerne legger vekt på å delta på slike turer brytes isolasjon, og gjennom å mestre turen sammen med andre, og det sosiale rundt bålet, øker sjøltilliten. Dessuten blir de slitne og trøtte slik at behovet for beroligende midler reduseres. Både de deltagende fagpersoner og brukerne legger vekt på at forholdet mellom "pasient" og "behandler" blir et annet når de prater mens de går på tur.

"Du får mye mer ut av en slik samtale enn en samtale på kontoret. Du får dem mer ut av sykdomsbildet, og får lettere fram hva de kan." (psykiatrisk sykepleier)

"Det blir en mer naturlig relasjon når du går sammen i skogen." (pasient).

Gjennom forsøksmidlene har det vært engasjert en kvalifisert natur- og kulturfaglig fagperson. Vedkommendes deltakelse beriker turkonseptet gjennom praktiske ferdigheter (eks. lage lavo), men også gjennom å tilføre deltakerne kunnskap om flora, fauna og kulturhistoriske severdigheter de måtte passere.

"Det har vært veldig viktig å ha med kulturfaglig kompetanse. Det har virket berikende. Tidligere var jeg veldig kontor- og hjemmebesøks-orientert". (psykiatrisk sykepleier)

Friluftsliv som terapi representerer ikke noe nytt, heller ikke i Nord-Trøndelag. Metoden hadde vært brukt i psykiatrien på Innherad sykehuset siden 1990. Dette betyr at psykiatriske pasienter som først har blitt vant med friluftsliv som terapi i "fylkespsykiatrien" kan gå rett over i et lignende kommunalt opplegg når de overføres til kommunen. Likeledes kan mennesker med psykiske lidelser som er innlagt på sentral-sykehuset fortsatt delta i Tjuddur'en mens vedkommende er innlagt. Det skapes kontinuitet i behandlingstilbudet.

### 3.4.4 Minnegrupper og erindringsarbeid for eldre

Et utviklingsarbeid som har gått parallelt med *Kultur gir helse* har vært utviklingen av erindringsarbeid overfor eldre – både mentalt friske eldre og senil demente. *Kultur gir helse* har støttet etableringen av et nasjonalt senter for erindringsarbeid i Oslo. Det er arrangert flere seminarer om erindringsarbeid ute i prosjektkommunene hvor ildsjelen bak

det nasjonale erindringscenteret har vært foredragsholder og inspirator. Vi vil presentere to typer erindringsgrupper – en for åndsfriske eldre og en for senil demente.

*Minnegruppen for eldre menn* i Arendal ble etablert våren 1999 med utgangspunkt i seniorklubben på eldresenteret. Gruppen har 8 medlemmer. Sju av de åtte er mellom 78 og 89 år. En ”ungdom” på 63 er også med. Alle er åndsfriske - svært åndsfriske etter vår vurdering! De samles en til to ganger pr. måned og deler minner om et fastsatt tema hver gang. Temaer som har vært drøftet er blant annet annen verdenskrig og hvordan den artet seg for gruppe-medlemmene, skolegangen, leker og aktiviteter de bedrev som barn og unge. Alt som sies tas opp på lydbånd og overlates det lokale historielaget. Meningen er å få skrevet erfaringsmaterialet ned og gjøre det tilgjengelig som historisk kildemateriale. Dette er en aktivitet hvor alle har noe å bidra med – hvor ingens erfaringer er bedre eller dårligere enn andres. For *Kultur gir helse*-prosjektet i Arendal som har hatt ensomhet som tema – og hvor prosjektleder har brukt mye tid på å spore opp ensomme i kommunen, har erindringsgruppa blitt et sted hvor hun har kunnet koble på en ensom eldre mann hun ble kjent med. Han har kunnet delta på likefot med de andre, og har fått mulighet til å knytte nærmere kontakter til de andre etterhvert.

Som ledd i *Kultur gir helse*-prosjektet i Levanger er det etablert et ”*syng med oss-tiltak*” på sjukehjemmet i Åsen. Dette arrangeres en gang pr. uke, og treffene går på omgang mellom sanitetsforeningen, Rotary, pårørendeforeningen og den lokale pensjonistforeningen. Vi har overvært en slik sangkveld. Det var sanggruppa til pensjonistforeningen, sammen med en trekkspiller og en forsanger som sang med beboerne. Enkelte av deltakerne kommer fra trykdeboliger i og ved sjukehjemmet og er åndsfriske. Majoriteten er beboere på sjukehjemmet – hvorav de fleste ikke er åndsfriske. Det synges i hovedsak kjente sanger fra de eldres barndom (”Da klokka klang”, ”Byssan lull”, ”Tre søte småbarn” etc.). Dette er sanger de husker og som de synger med på. Innimellom sangene viser forsangeren bilder på et stort lerret. Mange av bildene er fra Åsen den gang de eldre var barn eller unge voksne. Det er bilder fra lokalbutikken, fra bensinpumpa, fra et gårdslandskap etc. Det er mange eldre – også de som ”lever i en annen verden” - som da er ivrige og kommenterer.

Den lokale distriktsleder for pleie- og omsorgsavdelingen sier at også de aller svakeste mentalt sett har glede av disse samværene med sanger og minner. De liker brudd på rutine. De som ikke klarer å synge med, trår takten. Til og med sykehjemets faste ”vandrere” blir rolige under sangstunden. De setter seg ned og skal ikke lenger ”hjem”. For personalet blir dermed ei slik sangstund ikke noen arbeidsmessig belastning, men mer et pusterom i en travel hverdag.

### 3.5 Oppsummering av hva som faktisk er gjennomført

En viktig hensikt med dette kapitlet har vært å gi en gjennomgang av utvalgte tiltak/delprosjekter i prosjektkommunene. De som ønsker en enda grundigere oversikt over alt som er gjort, henviser vi til prosjektrapporter/årsmeldinger fra det enkelte forsøk og oppsummeringsheftet fra Sosial- og helsedepartementet og Kulturdepartementet (1999). En mer detaljert gjennomgang av prosjektfloraen fra våre utvalgte eksempelkommuner ville ha vist at en meget stor del av tiltakene er konsumpsjons-orienterte, hvor brukerne får en kulturopplevelse gjennom kultur som er skapt av andre. Dette gjelder både kvalitetskultur gjennom teaterbesøk, galleribesøk, bokafé og konserter, men også mer folkelig kultur – som å gå på revy, kino, trekkspillaften, ja, til og med dra på landskamp i fotball. Flere delprosjekter er orientert mot at brukerne skal delta aktivt selv – gjennom sang og musikk,

---

dans, teateroppsetninger eller malerier/tegninger. Og – ikke minst: Svært mange av tiltakene er mer fysisk rettet – det gjelder ulike former for trim og/eller naturopplevelser. Svømming, turer i skog og mark – til beins og på ski.

De fleste tiltakene har en sosial dimensjon. Noen innbyr til mye sosialt kontakt – eks. gåturer, reiser ut av kommunen for å oppleve noe (hvor selve reisen innbyr til sosialt samvær) eller for eksempel et lokalt bayerøllag (som vel nesten bare er sosialt). I andre aktiviteter legges det inn rom for sosialt samvær – gode pauser med kaffe og kaker. I noen tilfelle har det vært lagt inn aktiviteter som kan fungere som et trekkplaster for å trekke brukergruppen til tiltaket – eks. bingo. Gjennom vårt første møte med prosjektkommunene fikk vi inntrykk av at det var ganske mye bingo. Etter å ha gått i dybden i seks prosjektkommuner innser vi at dette inntrykket var sterkt overdrevet. I den grad det har vært bingo på de institusjoner som har vært involvert i prosjektkommunene, har dette vært bingotilstelninger som i stor grad har vært der forut for og uavhengig av *Kultur gir helse*-prosjektet i kommunen. I kapittel 7.8 kommer vi tilbake til dette, og forteller bl.a. om pensjonistforeningens ukentlige bingo i Eigersund.

En egen type tiltak er de som har en mer eksplisitt terapeutisk og rehabiliterende innretning. De er ment å virke direkte inn mot de lidelser og symptomer som den enkelte har, og hvor tiltakene ledes av en som definerer seg som en terapeut.

Vi har også vist at *Kultur gir helse* dreier seg om folk i alle aldre – fra barn til senil demente 90-åringer. Programmet retter seg mot mennesker som defineres som friske til mennesker som har en eller annen alvorlig funksjonshemming eller sykdom.

## 4 Statlige initiativ og kommunale strategier

### 4.1 En vid ramme med store valgmuligheter

Vi har i kapittel 1 vist at *Kultur gir helse* har vide målsettinger og bygger på et utvidet og uklart kulturbegrep. Dette ga de deltakende prosjektkommunene stor frihet til å velge hvordan de skulle avgrense og utforme sitt lokale prosjekt. Vi skrev også i kapittel 1 at ...”I lys av at det var det lokale forvaltningsnivå som skulle iverksette sentralt formulerte idéer og initiativ, var det i evalueringen interessant å studere hvordan initiativ ble ”oversatt” til praktiske prosjekt på lokalplanet”. Det er i den innledende fasen i forsøksprosessen at det lokale prosjekt gis retning – hvor lokale utfordringer og problemer defineres og hvor en prioriterer hvilke utfordringer og målgrupper en skal jobbe med. Her forventet vi at det ville være store forskjeller mellom kommunene. Av erfaring vet vi at noen kommuner allerede vil ha valgt en strategi for arbeidet når invitasjonen kommer, andre vil bruke kort tid på å utvikle en strategi, mens andre igjen vil jobbe utfra prinsippet om at ”veien blir til mens du går”. Og utfra erfaring vet vi at enkelte kommuner ikke er så interessert å gjøre så mye i det hele tatt, men heller bruke midlene til å styrke kommuneøkonomien, eller få gjennomført noe som kommunen ellers ikke ville hatt råd til.

*Kultur gir helse* utvikles i et skjæringsfelt mellom de to sektorene kultur og helse. Men skole/barnehagesektor, og i noen grad også teknisk sektor, kan også spille en rolle når en tenker helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende arbeid. Mange aktører og *fagprofesjoner* kan bli involvert i å oversette en forsøksinvitasjon og iverksette et lokalt prosjekt, med de spenninger dette kan innebære. *Kultur gir helse* initieres og iverksettes også innenfor en politisk organisasjon hvor legfolk – dvs. politikerne - spiller en viktig rolle. Og det vil ofte kunne være en spenning mellom et faglige perspektiv og politiske perspektiv – fordi de sistnevnte også må ivareta hensyn som fagfolkene ikke trenger å ta hensyn til (Kleven 1990, Eriksen 1992, Offerdal 1992). Prosjekter som *Kultur gir helse*, som er vidt definerte, vil utformes i et samspill mellom flere aktører - av en iverksettingsstruktur (Røyseland 1999) eller et nettverk (Carlsson 1992). I brytningen mellom disse aktørene får det lokale prosjektet sin form. I noen tilfeller kan det være et lite nettverk innen en enkelt sektor, i andre tilfeller kan det være et nettverk som går på tvers av sektorer, på tvers av administrasjon og politikk, og av og til involveres også lokale frivillige organisasjoner. Hva slags nettverk som involveres er et empirisk spørsmål. Selve vedtaket hvor det formelt gjøres strategiske valg er mye mindre interessant enn den prosessen som ledet fram til vedtaket.

Vi skal nedenunder gi eksempler på at forskjellige kommuner har utformet sitt lokale prosjekt på ulike måter, og forsøke å forklare hvilke prosesser før eller rett etter prosjektets oppstart som kan forklare at de har ”landet” så forskjellig. Vi vil her minne

om at dette er prosesser som vi ikke hadde mulighet til å studere samtidig med at de skjedde, men at vi gjennom bruk av skriftlig materiale og informantintervjuer i ettertid har forsøkt å rekonstruere det som skjedde.

## 4.2 Det ”spisse” fagutviklingsprosjektet

I kapittel 3 presenterte vi *Kultur gir helse* i Kristiansand. Prosjektet er i utgangspunktet avgrenset til en meget smal målgruppe – et fåtall flyktningebarn som lider av post-traumatisk stressyndrom. Mens de fleste andre kommunene har valgt flere målgrupper og mange personer i hver gruppe, har Kristiansand valgt en langt mer snever vinkling. Den viktigste innsatsen skjer fra en enkelt person – en musikkterapeut som prøver ut ulike redskaper for å engasjere barna, lære dem samspill m.m. Prosjektet involverer i liten grad andre etater eller andre fagpersoner. I dette kommunale prosjektet har en valgt å gå i dybden og ikke i bredden.

En kunne godt ha tenkt seg at en så stor kommune som Kristiansand ville ha valgt en langt bredere tilnærming med mange tiltak rettet mot ulike grupper. Grunnen til at kommunen ikke gjorde det må sees i sammenheng med den prosessen som skjedde da kommunen skulle oversette den sentrale invitasjonen til et lokalt prosjekt.

Brevet fra Kulturrådet med invitasjon til å delta ble ekspedert fra rådmannen til kulturetaten med en påskrift om at dette er noe kommunen burde satse på. I Kulturetaten var holdningen at man ikke skulle ta et arbeid eller prosjekt man allerede hadde og pynte på det, noe som for så vidt kunne ha vært en nærliggende løsning. En ”fersk” saksbehandler ble satt på saken dagen etter at han ble tilsatt og med tyve dager til søknadsfristen. Saksbehandleren fikk en liten arbeidsgruppe å spille på, og denne gruppa ga helse- og sosialetaten i oppgave å utforme ei skisse, som denne etaten igjen overlot til et av helse- og sosialetatens fire distriktskontorer i Kristiansand. Skissen fra dette distriktskontoret ble ikke oppfattet som ”god nok” av arbeidsgruppen og dermed ble den forkastet. Samtidig som dette skjedde ble det kjent for både kulturetatens saksbehandler og arbeidsgruppa at en profesjonell musiker med flyktningebakgrunn som bodde i Kristiansand var i ferd med å gjennomføre et høgskolestudium i musikkterapi. Han planla en prosjektoppgave om musikk brukt som terapi overfor traumatiserte flyktningebarn.

Både for arbeidsgruppa, og ikke minst for saksbehandleren som fikk forsøksinvitasjonen i fanget, dukket det opp en løsning på et problem. *Problemet* var hvordan lage et godt og salgbart prosjekt til Kulturrådet når tiden var knapp og en ikke hadde så mange andre gode idéer til et godt prosjekt. *Løsningen* ble å satse på en person som allerede hadde en prosjektidé. Og det var ikke bare hans prosjektidé som ble betraktet som nyttig, men det ga også muligheten til å rekruttere til kommuneorganisasjonen en person med en helt spesiell fagbakgrunn og livserfaring. For Kristiansand, med en stor flyktningebefolkning og med store utfordringer på integreringsfeltet, var det ikke vanskelig å se relevansen i å trekke til seg en slik person.

I første omgang ble prosjektet organisert som en praksisplass for høyskolestudenten hvor *Kultur gir helse*-prosjektet ble identisk med hans prosjektoppgave. Fra det andre året i prosjektperioden, etter endt eksamen, ble denne fagpersonen engasjert i hel stilling finansiert over forsøksmidlene.

Utformingen av *Kultur gir helse*-prosjektet i Kristiansand hviler på flere tilsynelatende tilfeldigheter. Invitasjonen ble sendt fra rådmannen og endte hos en fersk saksbehandler –

som hadde lite nettverk å spille på i en stor og uoversiktlig kommune. Dessuten var den responsen som kom fra dette begrensede nettverket ikke ”god nok” og tiden var knapp. En hadde et *problem* – hvordan få til et godt prosjekt under disse forutsetningene. Samtidig kommer det ”seilende” inn fra siden en *løsning* – på jakt etter et problem. Problemet og løsningen kobles sammen (jf. garbage-can-modellen for beslutningsfatting, March and Olsen 1976).

Det var ikke noen i kommuneorganisasjonen som brant for denne søknaden og som sto klar med åpne armer og ventet på den. Både politikere og fagfolk ellers var ganske perifere. Prosjektet ”druknet” i forhold til mange andre tunge prosesser og prosjekter i en stor kommune. Det ble nærmest en ekspedisjonssak – hvor man fant en løsning. Når denne ganske tilfeldige, korte og enkle prosessen først hadde funnet sin løsning, og når Norsk Kulturråd bifalt denne løsningen, var rammen for det videre arbeidet lagt.

Prosjektet har i stor grad fulgt de spor som ble skissert i prosjektbeskrivelsen. Fokus har vært *fagutvikling* på et smalt, vanskelig og viktig område. Det er et forsøk – i betydningen å gjøre noe ”nytt” i forhold til en spesiell målgruppe. Kristiansands strategi skiller seg i betydelig grad fra de fleste andre kommunene – som nettopp har tatt utgangspunkt i etablerte institusjoner, eller som har rettet arbeidet mot mange og ulike målgrupper. Og da ender man opp med en helt annen tilnærming.

### 4.3 Å satse på det man allerede har

*Kultur gir helse* har som en sentral målsetting å stimulere kulturtilbudet til mennesker som har vanskelig tilgang til dette. Denne gruppen har ofte vært kalt for ”helsevesenets storforbruker” – og ”kulturtilbudets småforbruker” – ofte eksemplifisert som mennesker med psykiske lidelser og sosialt isolerte eldre. ”Helsevesenets storforbrukere” har kommunene kontakt med gjennom sine institusjoner og tjenesteapparat. Den vanligste strategien har vært å utforme det lokale prosjekt rundt marginaliserte grupper som kommunene allerede møter gjennom dette tjenesteapparatet. Nesten alle prosjekt-kommunene har for eksempel satset på å bruke kultur som virkemiddel overfor mennesker med psykiske lidelser. Invitasjonen til *Kultur gir helse* kom mens kommunene var i ferd med å utvikle sitt tilbud til denne gruppen gjennom ansettelser av psykiatriske sykepleiere og etablering av dagsentre. Samtidig slet de samme kommunene med ressursknapphet for å fylle dette tilbudet med innhold. *Kultur gir helse* representerte en mulighet hvor kommunene kunne få forskningsmidler for å utvide og utvikle aktivitets-tilbudet for denne gruppen.

Men det er selvsagt ikke bare mennesker med psykiske lidelser som kommunen møter gjennom helse- og sosialsektors tjenesteapparat. Kommunen møter pleietrengende eldre på sykehjemmene, eldre som må ha praktisk hjelp til å klare sin hjemmesituasjon hvorav mange er sosialt isolerte, fysisk funksjonshemmede av ulike kategorier og psykisk utviklingshemmede. Gjennom helsestasjoner, barnehager, skoler og kommunale fritids-tiltak møter kommunen funksjonshemmede barn og unge, en møter de som sliter med sosiale og emosjonelle problemer, atferdsproblemer, med en begynnende rusproblematikk og lignende. *Kultur gir helse* – med sin åpne invitasjon om å bruke kultur som virkemiddel i helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende arbeid, gjorde det relativt enkelt for kommunene å finne noe de kunne bruke forsøksprosjektet til. Alle har (selvsagt) marginaliserte grupper med behov for aktivitet. Dette kan være i form av...

- mer aktivitet enn de hadde tidligere (mer av det samme)

- andre typer aktiviteter enn de hadde tidligere
- aktiviteter for nye grupper som tidligere ikke fikk tilbud om aktiviteter

Vi har valgt å bruke Førde som eksempel på hvordan det lokale forsøket har tatt utgangspunkt i institusjoner og det eksisterende tjenesteapparat. Førde er trolig prototypen på dette i ”forsøksparken”.

#### 4.3.1 Førde – videreutvikling av et pågående arbeid

Mens selve forsøksinvitasjonen kom noe brått på Kristiansand, var Førde langt mer forberedt. Og det har sammenheng med hva slags nettverksstruktur prosjektet i Førde ble utviklet gjennom og hvilket fundament kommunen for øvrig kunne bygge på. Da programmet ble planlagt var allerede både Sogn og Fjordane fylkeskommune og enkelte kommuner i fylket et nasjonalt utstillingsvindu for helsefremmende arbeid. Flora hadde vært en nasjonal eksempelkommune i mange år (St.melding nr. 37 1992-93, Holck 1995, NOU-1998:18). Det samme hadde Askvoll vært (Carlsson 1992, Boonstra et al.1995). På fylkesnivå hadde en i første halvdel av 90-tallet *Sogn- og Fjordane-prosjektet* som i sin vinkling nesten er identisk med *Kultur gir helse*.

”Sogn og Fjordane-prosjektet tenkjer heilskap, og ser samanhengar mellom dei fire orda: ”Helse-Kultur-Trivsel-Tryggleik”. Eigentleg burde miljø vere eit femte ord, og vi har det med i tankane.” (Sogn-og Fjordaneprosjektet. Sluttrapport s.4)

Tenkingen bak prosjektet var influert av professor Peter F. Hjort – som også var nestleder i styringsgruppa på fylkesnivå. Hjort ble senere en viktig inspirator og bidragsyter i forbindelse med å utvikle *Kultur gir helse* som et forsøksprosjekt. Fylkeskultursjefen spilte en sentral rolle i utformingen av Sogn og Fjordane-prosjektet i dets innledningsfase. Deretter ble han direktør i Norsk Kulturråd hvor han spilte en viktig rolle i å utvikle *Kultur gir helse* som forsøksprogram, før han deretter vendte tilbake til fylkeskultursjefstillingen i Sogn og Fjordane når *Kultur gir helse* skulle iverksettes som et forsøk. Ordføreren i Førde satt i styringsgruppa for Sogn og Fjordaneprosjektet, og prosjektleder for dette fylkesprosjektet ble i sin tur også prosjektleder for *Kultur gir helse* i Førde.

I sitatet overfor blir ordet miljø nevnt som et femte ord, - som noe en hadde i tankene. Det kom også noe håndfast ut av denne koblingen. Sogn og Fjordane ble – som fylke – med i SAM-programmet til Miljøverndepartementet (1993-1996). Dette var et mer nærmiljørettet program, men som med letthet kunne vris i retning av helsefremmende arbeid. Det såkalte Elvhuset, som har spilt en stor rolle i Førde sitt prosjekt, ble initiert gjennom Sogn og Fjordane-prosjektet. Huset fikk verdifull økonomisk støtte til driften i den vanskelige oppstartsperioden fra Miljøverndepartementets SAM-forsøksmidler – hvor det var et av fire utvalgte spissprosjekter i fylket. Huset ble formelt organisert som en frivillig organisasjon med et hundretalls medlemmer. Huset er avhengig av offentlige bevilgninger som ofte er tidsavgrensede og usikre slik at en må leve fra ”hånd til munn”. Dagens prosjektleder i *Kultur gir helse* var (på privat) basis en periode styreleder i huset.

Denne gjennomgangen viser at da invitasjonen til *Kultur gir helse* kom, var dette vel kjent i både fylkeskommunen og i Førde kommune. En hadde etablert en arena, Elvhuset, hvor en viktig målgruppe (mennesker med psykiske lidelser) allerede var i aktivitet – samtidig som dette er en type hus med stadig behov for friske midler for å kunne drive videre i skjæringsfeltet mellom det offentlige og det frivillige. I tillegg lå flere av fylkets kulturinstitusjoner i kommunen, og kommunen selv hadde ”tunge”

kulturinstitusjoner. Forutsetningene for å prøve ut kulturelle virkemidler overfor marginaliserte grupper var gode.

Prosjektlederfunksjonen for *Kultur gir helse* i Førde ble lagt til prosjektkoordinatoren i fylketsplan- og utviklingsseksjon, men med kontorplass i Førde. Dette var ikke en heltids prosjektleder-rolle, men 1/3 stilling<sup>16</sup> som fylkeskommunen betalte. Mens de fleste andre kommunene brukte forsøksmidlene i hovedsak på en hel prosjektlederstilling, ble det årlige beløpet i Førde avsatt til å finansiere konkrete tiltak for og med brukerne.

Førde-prosjektet ble altså utviklet i et nettverk hvor prosjektleder, kommunens kultursjef, helse- og sosialsjef og daglig leder på Elvahuuset spilte en nøkkelrolle – med fylkeskultursjefen i bakgrunnen. Det var fagfolkene – på et ledernivå- som var de viktigste premissleverandører for valg av strategi. Politikerne forholdt seg passive, trolig i tillit til at administrasjonen i kommunen på et ”tungt nivå” tok tak i prosjektet. Dessuten aktualiserte ikke prosjektet problemstillinger som hadde særlig politisk relevans.

Ut fra drøftingene i dette faglige nettverket endte de opp med fire målgrupper.

1. Mennesker med psykiske lidelser – med utgangspunkt i brukerne av Elvahuuset.
2. Psykisk utviklingshemmede
3. Eldre som isolerer seg
4. Barn og unge – spesielt de som befinner seg i en ”risikosone”

Vinklingen på prosjektet i Førde ble å utvikle kulturaktiviteter der brukergruppene allerede befant seg, samt å få dem til å bruke de offentlige kulturarenaer i og rundt Førde. *Det dreier seg ikke så mye om å etablere nye arenaer for marginaliserte grupper, men å videreutvikle et allerede pågående arbeid i kommunens institusjoner og tjenesteapparat*<sup>17</sup>. En viktig utfordring blir da å få de ansatte i disse institusjonene til å ”tenke aktiviteter og kultur” og tenke brukermedvirkning - hvordan det gikk kommer vi tilbake til i kapittel 7.

Rammen for utviklingsarbeidet i Førde er et etablert arbeid og det apparatet som driver dette arbeidet. Sunndal og Vestfold fylkeskommune representerer også langt på vei denne tilnærmingen.

#### 4.4 Det åpne utgangspunkt – ”la alle blomster blomstre ”

Kristiansand og Førde representerer prosjekter hvor rammen for arbeidet ble trukket opp tidlig i prosessen. Men det finnes også eksempler på prosjekter som hadde en langt mer åpen tilnærming – hvor det ved prosjektstart lå lite føringer på hva som burde gjøres, slik at nesten uansett hvilken retning prosjektet ble utviklet i, ville det være akseptabelt i kommunen.

---

<sup>16</sup> Prosjektkoordinatorens resterende 2/3 stilling var fordelt på prosjektene ”Trygge lokalsamfunn”, ”Frukt og grønt i skolen” og ”Ungdom i tettstad”.

<sup>17</sup> Mennesker med psykiske lidelser kunne en nå gjennom Dagsenteret på Elvahuuset. Psykisk utviklingshemmede har kommunen kontakt til både gjennom et dagsenter og gjennom en egen konsulent innen helse- og sosialsektor. Eldre som isolerer seg har kommunen kontakt til gjennom hjemmetjenestene – om ikke til alle isolerte, så i hvert fall til mange. Og barn og ungdom i risikosonen har kommunen kontakt til gjennom skoler og en kommunal fritidsklubb.



Arendal er et eksempel på et delprosjekt som raskt beveget seg fra fokus på en avgrenset målgruppe til en ”la alle-blomster-blomstre-strategi”. Kommunen satte i gang sin interne prosess etter at invitasjonen fra Kulturrådet kom. En konsulent på kultursektoren tok kontakt med helsesjefen. I Arendal var det fagfolk – rett under etatssjefs nivå – som definerte utfordringene<sup>18</sup>. De kom fram til at et lokalt prosjekt burde fokusere på eldre og ensomhet. Initiativtakerne så for seg at en kunne forsøke koble barn og unge mot ensomme eldre. Tanken var at eldre har opplevelser og erfaringer å gi barna, mens barna kan gi sosial kontakt tilbake og dermed bryte ensomheten. Altså en relativt avgrenset ramme for arbeidet. Men etter diskusjoner mellom initiativtakerne, og med den nytilsatte prosjektlederen, ble dette perspektivet åpnet opp til å gjelde ensomhet generelt. Fokus ble flyttet til alle som måtte være ensomme. Dette gjorde det mulig i arbeide i mange retninger – i forhold til enkeltpersoner eller grupper som måtte være sosialt isolerte, og i forhold til å igangsette mer nærmiljøorienterte prosjekter som å stimulere dugnad, aktiviteter og sosialt fellesskap. Manøvreringsrommet for den nytilsatte prosjektlederen ble stort.

Arendal kommune landet derfor allerede tidlig på en ”la alle blomster-blomstre-strategi”. Tidlig i prosjektperioden – i 1997 – var det *foreslått* 8 delprosjekter. Dette var:

1. *Informasjonsprosjektet*. Målsetting å gi innbyggerne informasjon om *Kultur gir helse*-arbeidet i Arendal. Planlagte virkemidler var å utgi en nyhetsbulletin for Arendal, bruker gateteater som formidlingsform i samarbeid med frivillige lag og organisasjoner, samt formidle informasjon til eldre hjemmeboende ved hjelp av barn fra musikkolen og de kommunale hjemmetjenester.
2. *Treffpunkt biblioteket*. Introdusere biblioteket for nye brukergrupper. Opprette erindringsgrupper og bokafé (jfr. kap. 3.3.5).
3. *Hove flyktningeleir*. Målgruppe: Ensomme flyktninger. Bruk av bevegelse, energi og uttrykk for å integrere kropp og følelser, og for å komme i kontakt med sin indre rytme og kraft. Utvikle tiltak som bidrar til å utvikle nærhet, forståelse og vennskapsforbindelser.
4. *Ledsagerprosjektet*. Utvikle tiltak som skal lette blinde og svaksyntes deltakelse i kulturaktiviteter. Opprette en ledsagerpool – for eksempel bestående av frivillige og ensomme mennesker.
5. *Kunstprosjektet – Ung kreativitet*. Målgruppe: Unge mennesker som gjennom kreativitet og skaperglede skal uttrykke seg gjennom kulturelle produksjoner som film, video og lignende.
6. *Generasjonsprosjektet* – unge og eldre mer sammen. Målgruppe: ensomme eldre på institusjon og hjemmeboende eldre. Arrangere generasjonsmarsj og opprette helselag i Arendal.
7. *Hisøy kystkulturprosjekt*. Målgruppe: ensomme gutter, unge og eldre menn – hvor de sammen skal prøve å ta vare på den tradisjonsrike kystkulturen.
8. *Staubø kystkulturprosjekt*. Et mer nærmiljøorientert prosjekt med brede målgrupper, og med aktiviteter som poesikafé, kulturløype, foredrag og verksteder.

<sup>18</sup> Etatssjefene i Arendal var perifere i forbindelse med lanseringen av *Kultur gir helse*. Men nå er også Arendal med 40.000 innbyggere en stor kommune med mange prosjekter og utviklingsoppgaver, slik at det er begrenset hva etatssjefene kan engasjere seg i. Derimot engasjerte ordfører seg i dette arbeidet.

Innenfor hvert av de planlagte delprosjektene ble det foreslått en rekke tiltak og underprosjekter. Som det vil framgå av denne oversikten var det kun to av de 8 delprosjektene som tok utgangspunkt i etablerte institusjoner – det var bibliotekprosjektet og prosjektet på flyktningemottaket. Ellers dreier det seg i stor grad om å etablere nye tiltak – utenfor institusjoner og utenfor det offentlige tjenesteapparatet.

Arbeidet i Arendal hvilte også på en viktig forutsetning: Deltakelse i *Kultur gir helse* skulle ikke koste kommunen noe. Prosjektleder skulle finansieres fra det statlige forsøket, men uten at kommunen skulle forventes å ”hoste opp” friske midler til prosjekter og tiltak. Begrunnelsen var at Arendal ved inngangen til prosjektperioden hadde store økonomiske vansker (og kommunen har det fortsatt)<sup>19</sup>. Dette betyr at Arendal valgte en ”la alle blomster-blomstre-strategi”, samtidig med at de økonomiske mulighetene for å stimulere blomstene var svært begrenset. Situasjonen var omvendt av Førde hvor alle forsøksmidlene ble brukt til å stimulere prosjekter og tiltak og hvor prosjektlederressursen var liten. Det er vel kjent fra forskning og evaluering av utviklingsarbeid at ”frie” og friske midler bidrar til å skape engasjement, det bidrar til å smøre prosesser som ellers ville gå tregt, og ofte bidrar penger fra en kilde til å utløse midler fra en annen kilde (jf. Moss Kanter 1983, Carlsson 1992). Forutsetningene for å lykkes med denne ”la-alle-blomster-blomstre”-strategien i Arendal var derfor ikke de aller beste. På den annen side kunne en kanskje forvente at de prosjekter en faktisk klarer å få i gang uten tilførsel av friske midler, vil ha større muligheter for å bli videreført enn prosjekter har blitt avhengig av eksternt tilført ”gjødning”.

En annen kommune som anla en ”la-alle-blomster-blomstre-strategi” er Drammen. Her ble ikke strategien lagt før prosjektleder var i arbeid, slik at prosjektleder hadde stor innflytelse på innholdet i prosjektplanen. I denne planen foreslås et stort antall konkrete tiltak, og målgruppene er mange. *Kultur gir helse* i Drammen rettet seg – i innledningsfasen – mot følgende grupper: barn i skolen, senil demente, pensjonister allment, isolerte eldre, mennesker med behov for ledsagertjeneste, ungdom i drift, rusbrukere i en rehabiliteringsfase, enslige mødre, barn/unge som isolerer seg, ungdom som isolerer seg i gjenger, ungdom med interesse for teaterarbeid, innvandrere og nordmenn allment med interesse for teaterarbeid, muslimske kvinner, muslimske menn som isolerer seg, kreftsyke voksne, kreftrammede barn i en rehabiliteringsfase, helsepersonell som arbeider med kreft/aids pasienter.

Arendal og Drammen er typiske eksponenter for kommuner som fokuserte på en målgruppestrategi – hvor et stort antall marginaliserte grupper er pekt ut. Et kjennetegn ved utformingen av denne strategien i de to byene er at det ikke foregår noen inngående drøftinger om hvilke grupper det er viktigst å satse på. Det skjer ingen prioriteringer. En lar det stå til og så ser man hva som kommer ut av de prosesser som settes i gang. Den åpenbare faren er at man ikke får til særlig mye fordi ressursene spres på mange prosjekter og prosesser. Denne strategien skiller seg i betydelig grad fra Kristiansand som kanaliserte alle sine forsøksressurser mot en avgrenset målgruppe, og fra Førde som går videre i opptrukne spor i forhold til noen få målgrupper kommunen hadde jobbet med i lengre tid.

---

<sup>19</sup> Noe av vanskene har sammenheng med kommunesammenslåingen mellom Arendal og 4 nabokommuner i 1992. Arendal har en dyr administrasjonsstruktur – med mange ”overtallige”, en desentralisert skolestruktur som stammer fra tida før kommunesammenslåingen med mange små skoler som er dyre å drive.

## 4.5 Forebygging basert på en kommunediagnose

”La-alle-blomster-blomstre-strategien” skiller seg i sin tur også fra en mer ”rasjonell” og vitenskapsbasert prosess som grunnlag for det lokale arbeidet. Fra begynnelsen av 80-tallet ble det gjennomført *kommunedignoser* i enkelte norske kommuner som grunnlag for å utvikle handlingsplaner for det sykdomsforebyggende og/eller helsefremmende arbeidet. I første omgang gjaldt slike diagnoser ulykker og skader (Ternes og Fugelli 1981, jf. også Carlsson 1989), senere ble det gjennomført kommunediagnoser som omfattet helsetilstanden generelt (Boonstra 1991). Med referanse til Brännström et al. 1988 defineres kommunediagnose slik:

”Kommunedignose (samfunnsdignose) er en prosess som består av inn-samling, bearbeiding og synliggjøring av helseforhold og faktorer som virker inn på denne i et (lokal)samfunn. Målsettingen er å bedre helsetilstanden til folk i et bestemt område ved bruk av kommunediagnose som ett av beslutningsgrunnlagene og ved å legge til rette for befolknings-deltakelse.” (Boonstra et al. 1995:35)

Kommunedignosen kan basere seg på informasjon om sykdomsforekomst og dødelighet, men også på innbyggernes egen vurdering av helseproblemer og helsegoder. En slik kommunediagnose kan deretter spilles tilbake til de relevante aktører i kommunen. Dette kan skje i form av en rapport, men aller helst i form av åpne folkemøter og/eller i form av møter for et mer begrenset publikum av fagfolk og politikere. På bakgrunn av den kartlegging og faglige analyse som legges fram - ofte fra en medisiner - drøftes hvilke problemområder en bør prioritere, drøfter strategier og tiltak, før en i siste instans prioriterer hvilke konkrete tiltak en skal satse på. Ved å bruke kommunediagnose som hjelpemiddel i det lokale planarbeid er tanken at en skal unngå at arbeidet baserer seg på en feil forståelse av problemer og utfordringer. En skal sikre at de begrensede ressurser kommune og lokalsamfunn rår over bevisst settes inn der hvor de har størst nytte. Bruken av kommunediagnose skal nettopp forebygge en tilfeldig prosess av den type som vi har beskrevet fra Kristiansand, Arendal og Drammen.

Eksempelet på utviklingsarbeid med en lokalsamfunnsdignose i bunnen henter vi fra Tinn kommune. I 1995 fikk kommunen opplysninger fra psykiatrisk klinikk på Notodden, om at Tinn var overrepresentert når det gjaldt innleggelser pga. psykiske lidelser. Klinikken og kommunelegen i Tinn tok så kontakt med professor Odd Steffen Dalgard i Oslo som tidligere hadde gjennomført flere lokale undersøkelser, spesielt i ulike områder i Oslo, av folks psykiske helse gjennom å bruke spørreskjemaer på store utvalg respondenter (Dalgard 1980). På dette tidspunkt var Dalgard også i gang med tilsvarende undersøkelser av en del mer rurale områder i Norge. Han var derfor svært interessert i å gjøre en undersøkelse av den psykiske helsetilstanden også i Tinn. En forutsetning for at han skulle gjøre dette var at kommunen ønsket en slik undersøkelse. Hvis kommunen ba ham å gjennomføre en slik undersøkelse kunne han gjennomføre denne kostnadsfritt for kommunen.

Det opplyses fra informanter i kommunen at tilbudet ikke ble like entusiastisk mottatt i alle leire. Spesielt en del politikere var redd for at en undersøkelse med fokus på psykiatri skulle bidra til å forsterke et negativt stempel som de oppfattet at Tinn hadde. Dalgards tilbud var allikevel av en så generøs karakter at kommunen vanskelig kunne si nei til det. Formelt sett signaliserte kommunen derfor et ønske om å få gjennomført en slik undersøkelse.

Undersøkelsen ble gjennomført våren 1995 og en rapport over helseprofilen i Tinn ble offentliggjort i januar 1996. I rapporten ble Tinn sammenlignet med en bygdekommune i innlandet og en kystkommune. *Rapporten viste at en klart større andel menn hadde psykiske plager i Tinn enn i de to sammenligningskommunene.* Det var spesielt menn med dårlig inntekt og særlig de som var skilte eller enkemenn, som kom dårlig ut. Mange av disse hadde også dårlig fysisk helse og flere var uføre. Dalgard (1996) forklarte dette slik:

”Forhold som synes å bidra spesielt til den økende hyppighet av psykiske plager blant menn i Tinn, er manglende opplevelse av å kunne påvirke det som skje i lokalsamfunn eller foreninger/organisasjoner. Denne type maktesløshet er langt mer utbredt i Tinn enn i de andre kommunene, både hos menn og kvinner. Forholdsvis lite kontakt med andre mennesker, og opplevelser av belastninger og usikkerhet i forbindelse med arbeidet, synes også å bidra til den særlig store hyppighet av psykiske plager blant menn i Tinn.” (Dalgard 1996:14)

Dalgard viser at kvinnene i Tinn ikke rapporterer mer plager enn i de to kommunene han sammenlignet med. Men kvinnene er allikevel mer utsatt for slike plager enn mennene. Det er kvinner med lav utdanning som kommer dårligst ut. Disse har også dårlig somatisk helse og forholdsvis mange var på uføretrygd.

Dalgard drøfter flere mulige årsaker til den dårlige psykiske helsen. Han forklarer det sosiologisk med de store endringer Rjukansamfunnet hadde vært igjennom på slutten av 80-tallet med nedtrappingen av Norsk Hydros virksomhet som førte til oppsigelser og en betydelig utflytting. Spesielt for mennene i Rjukansamfunnet førte denne omstillingen til en opplevelse av ikke å ha kontroll over egen situasjon. De følte seg maktesløse, og usikkerheten for fremtiden ble stor. Dette kan ha ført til psykiske lidelser. Dalgard gir også en demografisk forklaring. Den betydelige utflyttingen kan ha ført til at de friskeste flyttet ut, og de mennene som ble igjen sto helsemessig svakere enn de som flyttet.

”Både miljømessige forandringer, og endring i den befolkningsmessige sammensetning, må antas å ha spilt en rolle. Utfordringen er å bryte denne prosess” (s. 15).

Påpekningen av utfordringen om å bryte denne prosessen var av ganske generell karakter. Dalgard var derimot noe mer konkret i sin påpekning av å angripe de mellomliggende faktorer som kan ha utløst de psykiske plagene og lidelsene. Han forventet at tiltak...

”som retter seg mot ensomhet, manglende sosial støtte og manglende mulighet for påvirkning av henholdsvis egen arbeidssituasjon, lokalsamfunn og foreninger, kan ha en forebyggende effekt.” (s. 14).

Dalgards kommunediagnose forårsaket en betydelig uenighet om hvordan en skulle gripe det helsefremmende og forebyggende arbeidet i kommunen. Og vi snakker nå om vår og sommer 1996 før *Kultur gir helse* ble etablert som et prosjekt i Tinn. Nøkkelpersoner innenfor helsesektor (både i kommunen og Notodden psykiatriske klinikk) sluttet seg til både Dalgards diagnose og hans anbefalinger. De oppfattet hans anbefalinger i retning av å satse på en ”målgruppestrategi” – på de to målgruppene som pekte seg ut. Den ene gruppa ble lokalt definert som 50-60-årige menn som ble overtallige da Hydro innskrenket, som ikke flyttet ”etter” Hydro. Den andre gruppa ble definert som enslige mødre i 25-40-årsalderen.

Det eksisterer en massestrategi innen det helseforebyggende arbeidet – som når en går ut og vaksinerer en hel befolkning. Innenfor Kultur og Helse kunne en tenke at hvis en gir en liten dose ekstra kultur til alle grupper så vil det virke forebyggende. Men slik fungerer ikke kulturen – folk tar ulikt til seg av kulturgodene. Noen forbruker mye og andre ikke noe. Alternativet er å bruke en målgruppestrategi hvor en retter seg mer direkte mot de som har helseproblemer.” (kommunelege).

Begrunnelsen fra medisinene gikk ut på at hvis en skal nå helsevesenets storforbrukere med kulturtiltak, må en målrette tiltak mot disse gruppene, ellers vil det være en fare for at de fortsatt ville være kultursektors småforbrukere. Begrunnelsen er identisk med mye av den tenkingen som ligger under *Kultur gir helse*-programmet.

Det hører med til historien at både kommunelegen og psykiater på den distrikts-psykiatriske klinikken hadde uttalt seg i media hvor de understreket problemene med at de ressurssterke reiser bort og de ressurssvake blir igjen. Dalgards rapport ble media-messig forsterket. Den politiske posisjonen i kommunen med Senterpartiets ordfører og varaordfører i spissen var engstelig for at et slikt fokus på disse to gruppene kunne vedlikeholde – og eventuelt forsterke - et negativt bilde av Rjukansamfunnet<sup>20</sup>. Det var neppe bare redselen for å stigmatisere de to utpekte gruppene som lå bak politikernes skepsis, men også redselen for å patologisere Rjukansamfunnet.

”Rjukan har på den ene siden en identitet som et lokalsamfunn som står på og forandrer seg. Samtidig har vi et etterslep. Det var mange som flyttet i en periode, og noen sier ”det var noen som ble igjen” – underforstått at det var de ressurssvake. Og det var ikke riktig. ....”Denne psykiateren fra Notodden sto fram i avisa og sa at de ressurssterke reiser bort og de ressursvake ble igjen. Da reagerte vi sterkt fordi et slikt utsagn nettopp kan forsterke en slik spiral.”

”Vi mente inni oss at en burde gjøre noe i forhold til de to aktuelle målgruppene, men når fagfolkene forsterket det som kunne være årsak til problemene, da slo vi kontra. Når fagfolkene forteller at i Tinn er det symptomer på hjelpeløshet, da blir det ikke mindre hjelpeløshet. ” ....”Vi oppfattet Dalgards rapport som en elendighetsbeskrivelse. Vi [politikerne] sa at dette skulle vi ta ansvar for, men vi ville vektlegge det positive. Men da ble vi samtidig mer utydelige. Hvis denne elendighetsbeskrivelsen skulle få dominere, hadde vi patologisert Rjukansamfunnet. Vi ville fjerne oss fra den ”sutreidentifisering” som var vanlig i Rjukansamfunnet. Vi ville ikke ha et sånt fokus på Rjukansamfunnet som gikk utover identiteten og som deretter gikk utover handlekraften i lokalsamfunnet.”

”[Ordfører] var opptatt av det positive, at en skulle se løsninger på lokalsamfunnsplan, og ikke se så mye på individnivå. Vi ga prosjektet en kulturvinkel.” (varaordfører i perioden 95-99, intervjuet høsten 99)

Eller – det er kanskje riktigere å si at kommunens politiske ledelse ønsket å gi prosjektet en *helsefremmende vinkling* hvor det er om å gjøre å fylle på ...”med ting som er gode og positive og som gjør at vi får det bedre. .... Her venter vi ikke for å se om noen blir syke

<sup>20</sup> Det gjorde det neppe bedre at kommunelegen i ”det sivile” var en fremtredende representant for den politiske opposisjonen – for Arbeiderpartiet som i årtier hadde ”hatt bukta og begge endene” i Rjukan-samfunnet. Midt på 90-tallet var han leder av Rjukan Arbeidersamfunn.

eller får problemer, vi gjør noe for eller med alle, før det kommer så langt” (NOU 1991:10 s.8).

Fra den politiske posisjon var det viktig å fokusere på det positive – på at utflyttingen hadde stoppet opp, at omstillingsprosessene som skjedde i de deler av Hydro som ble igjen var vellykket, at det skjedde mye interessant i forbindelse med nye nærings-etableringer. På grunn av Rjukans beliggenhet langt fra andre arbeidsmarkeder er stedet avhengig av et lokalt næringsliv, av tilflyttere som vil satse på å utvikle et slikt næringsliv og som kan innta nøkkelposisjoner i både næringsliv, offentlig forvaltning og det lokale sykehus. For å bli livskraftig må Rjukan presentere seg som livskraftig. Kommunediagnostics fokuserte nettopp på det som var problematisk – og dette ble igjen forsterket i media. Det var da politikerne måtte ”slå kontra”. De måtte distansere seg fra diagnosen, og de måtte fokusere på det positive – på en generell, positiv og bred samfunnsstrategi. Hadde de derimot gått inn på medisinerens anbefalte målgruppestrategi og fokusert på ”svake grupper”, kunne de satt et godkjenningstempel på at dette var et ressursvakt og mindre livskraftig lokalsamfunn.

Da *Kultur gir helse* startet som et prosjekt hadde kommunen valgt en ”positiv” og bred samfunnsstrategi som pekte i stikk motsatt retning av den strategien medisinerne utledet av kommunediagnosen. Arbeidet hadde høy politisk prestisje. Det var politisk forankret og det var politisk kontrollert. I styringsgruppa på fem satt det tre politikere, en representant for de frivillige organisasjoner<sup>21</sup> samt leder av frivillighetsentralen. Fagfolkene fra helse- og sosialsektor befant seg på sidelinjen uten særlig innflytelse på det videre arbeidet.

## 4.6 Flink prosjektjeger med svakt mottakerapparat

### 4.6.1 Problemprosjektet i Karasjok?

Karasjok var den eneste Finnmarkskommunen som søkte om deltakelse i *Kultur gir helse*-prosjektet. Vi kan bruke et par stikkord for å plassere dem i forhold til de andre prosjektkommunene:

- **Kultur som livsform**, et antropologisk kulturbegrep: Karasjok er den av prosjektkommunene som klart har tatt utgangspunkt i et antropologisk kulturbegrep. Det innebærer at man har valgt å se kultur som livsform, heller enn å ta utgangspunkt i kulturaktivitet og et ”kunst-kultur”-begrep. Bakgrunnen er nok, som vi skal komme tilbake til, at dette er en samisk kommune, med en truet samisk kultur. Det kan nok også ha spilt en rolle at de har en prosjektleder som har studert sosialantropologi. Hun er ikke den eneste av prosjektlederne som har en slik bakgrunn, men hennes prosjekt er nok det som tydeligst har valgt en slik tilnærming.
- **Problemprosjekt**: *Kultur gir helse* i Karasjok hører ikke til de prosjektene som har vært skryteprosjekter eller utstillingsvinduer for de sentrale initiativtakerne. Tvert imot har det ved flere anledninger blitt uttrykt bekymring, i Kulturrådet og den sentrale prosjektutvalget, for hvordan det går i Karasjok. Det gjelder både i forhold til hva som foregår av aktivitet, og i forhold til forankring. Prosjektleder har i prosjektledersamlinger og andre fora, også vært åpen på at dette er vanskelig.

<sup>21</sup> Denne representanten var også aktiv i Senterpartiet som i denne perioden hadde både ordfører og varaordfører.

- **Prosjektflora:** Karasjok er slett ikke den eneste kommunen der det foregår mange prosjekter parallelt. Men kanskje er prosjektfloraen mer blomstrende i Karasjok enn i mange andre kommuner, i hvert fall om vi ser det i forhold til innbyggertall. Én av dem vi intervjuet i Karasjok sa det slik: “Vi er flinke til å skrive søknader, men kanskje ikke like flinke til å følge opp når vi har fått prosjektmidler”. Som vi skal komme tilbake til, ble *Kultur gir helse*-prosjektet i Karasjok koblet sammen med et prosjekt kalt “Levekår i omstilling”.
- **Lite tverretatlig kontakt:** Fra andre Finnmarkskommuner som vi har vært i kontakt med i andre, tidligere prosjekter, har vi hørt at Karasjok har hatt ord på seg for å være en kommune med vanntette skott mellom etatene og sektorene. I intervjuene i Karasjoks kommuneadministrasjon i forbindelse med evalueringen av *Kultur gir helse*, har vi for så vidt fått bekreftet at dette har vært tilfelle, selv om kommunen nå er inne i en omorganiseringsprosess for å bedre situasjonen. Men tradisjonelt har det vært lite samhandling over sektorgrensene. Dette har selvfølgelig vært en viktig rammebetingelse for et prosjekt som på den ene siden forutsetter tverrsektoriell kontakt for å fungere etter intensjonen, og som også har bedret tverretatlig samarbeid som ett av sine delmål.

#### 4.6.2 Lokale planer: Frivillighetssentralen som base

Søknaden, som ble sendt i juni 1996, innledet med å beskrive de raske og dramatiske endringsprosessene kommunen hadde vært gjennom:

”I Karasjok har det over relativt kort tid skjedd hurtige samfunnsendringer i både familiestruktur, næringsstruktur og bosettingsmønster. Spesielt primærnæringen viser en nedgang i antall sysselsatte, mens utviklingen viser økning i antall yrkesutøvere i tertiær- og kvartærnæringen. Den omstillingen som har skjedd i det norske samfunn over lang tid, har i det samiske samfunn skjedd over et par tiår. I tillegg til hurtig endringsprosess opplever Karasjoksamfunnet utfordringer i forbindelse med flerkulturelle forhold.”

Søknaden vektlegger dessuten at det er noen målgrupper som faller utenfor det ordinære kulturtilbud:

”..... spesielt funksjonssvake eldre, psykisk utviklingshemmede og psykiatriske pasienter. Dette vil være målgrupper vi håper å få integrert i et tilbud gjennom vårt prosjekt.”

Når det gjelder helsetilstanden i kommunen, peker de særlig på selvmordsfrekvensen, og på det faktum at folk går til lege oftere enn andre steder. Hjelpsøkefrekvensen er høyere enn andre steder, og er en utfordring for helse og sosialsektoren i kommunen. Med slike henvisninger forsøkte man også i Karasjok å trekke inn en slags kommunediagnose.

Søknaden nevner også en del andre prosjekter og tiltak i kommunen. Det første og viktigste er prosjektet “Levekår i omstilling”, som er knyttet til konsekvensene av omstillingsprogrammet for reindriften. Videre understreker søknaden at prosjektets forankring skal være tilknytningen til Frivillighetssentralen, som de har store planer for. Den munner ut i en handlingsplan, som bl.a. oppsummerer noen utfordringer knyttet til “kultur og helse”:

”Kárásjoga gielda/Karasjok kommune er en samisk kommune. Dette må ikke defineres som et problem, men gir oss en rekke muligheter og utfordringer. Med det som utgangspunkt er det viktig at vi tar tak i mulighetene og utfordringene. Det er også viktig å være klar over den sammenheng som er mellom kultur og helse, særlig i forhold til en minoritetsbefolkning og en minoritetskultur slik som den samiske.

.....

En utfordring for kommunen blir å kunne finne fram til prosjekter som kan reversere denne utviklingen mellom grupper i befolkningen, og kunne bruke kulturen forebyggende, behandlende og rehabiliterende sett i et helseperspektiv og i forhold til målgruppene.”

Dette fører fram til følgende todelte hovedmålsetning:

- skape en arena for videreføring av realkompetanse mellom generasjonene
- få et tilbud til de som i dag ikke benytter seg av eksisterende tilbud, ikke bare for å gi dem et tilbud, men for å bruke dem som en ressurs i prosjektet med tanke på videreføring av realkompetanse i forhold til den samiske kultur

Det er altså ikke hvilke som helst grupper som faller utenfor som skal prioriteres med tilbud, men det er de som kan brukes som en ressurs i forhold til videreformidling av samisk kultur. Man må kunne spørre hvordan dette er forenelig med det som er sagt foran om at kommunen vil bruke prosjektet til å integrere psykisk utviklingshemmede og psykiatriske pasienter.

Oppsummert er dette en søknad som

- knytter prosjektet til frivillighetsentralen
- vektlegger et kultur som livsform, dvs et antropologisk kulturbegrep
- tydeliggjør og bekrefter kulturdefinisjonen gjennom den uttrykte hovedmålsettingen
- har senking av hjelpesøkefrekvensen i målgruppene som en viktig og målbar målsetting

#### 4.6.3 Trange økonomiske kår for prosjektet

Prosjektet ble igangsatt først i april 1997. Den første rapporten kommer fra prosjektleder etter fire måneders arbeid. Hun peker på at den økonomiske situasjonen er vanskelig, fordi det ikke er avsatt noen midler til aktivitet, bare til lønn for prosjektleder. Økonomien fortsatte for øvrig å være et problem hele veien. Norsk kulturråds bidrag dekket lønn til prosjektleder, mens drift og tiltak måtte dekkes på annen måte. Prosjektet hadde felles både prosjektgruppe og styringsgruppe med “Levekår i omstilling”. I referatet fra det første styringsgruppemøtet i august 1997, heter det følgende:

”For *Kultur gir helse* foreligger det ennå ingen budsjettmessig avklaring. For inneværende år er det ikke avsatt penger til hverken drift av prosjektet eller tiltak. Prosjektleder skal fra 1. september gå i redusert arbeidstid, 75%. Det er søkt Norsk kulturråd om tillatelse til omdisponering av de resterende 25% av lønnen til drift og tiltak i prosjektet.”

For øvrig beskriver den første halvårsrapporten mange planer, men lite som faktisk er gjennomført. Det ser ikke ut til at frivillighetsentralen har fått den plassen som det var



lagt opp til i søknaden. I forhold til prosjektleders "oversettelse" og operasjonalisering av intensjonene som var uttrykt i søknaden, kan vi dessuten merke oss to hovedtrekk:

- vekten på kultur som livsform og på det antropologiske kulturbegrepet videreføres
- vekten på frivillighet og tilknytningen til frivillighetssentralen tones ned

Prosjektleder velger å være nokså personlig når hun beskriver forholdet til potensielle samarbeidspartnere:

"En av mine barrierer denne første tiden som prosjektleder har vært å ta mot til meg og komme meg ut av kontoret og ta kontakt med personer og instanser som skal være naturlige samarbeidspartnere. Spesielt gjelder dette i forhold til personell i helse- og sosialsektoren. Som samfunnsviter med kulturfaglig bakgrunn har jeg liten erfaring og kunnskaper om helse- og sosialtjenestens rutiner, arbeidsmetoder og hverdag. Dette har klart vært en bakdel for meg som prosjektleder. Det er enkelt å planlegge, men vanskeligere å gå ut og praktisere planene."

Det tok tid å få til en avklaring med hensyn til budsjett og budsjettansvar. For prosjektlederen var det vanskelig å planlegge og iverksette tiltak når hun ikke hadde oversikt over hvor mye penger det var til rådighet. Ikke minst var det vanskelig å invitere folk til samarbeid når hun ikke hadde annet enn egne mer eller mindre gode ideer å tilby. Etter første prosjektåret kunne hun likevel liste opp en lang rekke tiltak som enten var under planlegging, eller som så vidt hadde startet opp. Mange av de planlagte og i gang-satte tiltakene var i tråd med målsettingene om å ivareta og å videreformidle real-kompetanse i forhold til den samiske kultur. Som eksempel kan vi sitere beskrivelsen av to tiltak:

- Vi har allerede vært med å initiert **tiltak for samiske barn og unge med utgangspunkt i samiske tradisjoner** (enkel duodji, joik, fortellertradisjon, tradisjonell matlaging, turer osv.). Intensjonen er å integrere barn og eldre. Tiltaket er i samarbeid med Sáráhká lokallag av Samisk kvinneorganisasjon. Vi forsøker å få frivillighetssentralen med i tilretteleggingen og gjennomføringen. Der er søkt midler til tiltaket fra Samisk kulturråd.
- **"Kulturminner som rekreasjon og formidling"** - grunnlag for møte mellom generasjoner. Arbeider med å få tiltak inn i den kommunale kulturminneplanen som kommunen v/kulturkontoret er i ferd med å utarbeide. Målgruppen her er spesielt skoleklasser - men også lag og foreninger. Kunnskapsoverføringen er her et sentralt element - bl.a. med samisk kunnskap og bruk av natur - både til mat og til redskap - håndverk. Dette er aktiviteter som hovedsakelig er tenkt gjennomført i sommerhalvåret. Vi tenker også å knytte dette til friluftaktiviteter.

Det kan virke som om frivillighetssentralen ikke helt fikk den plassen i prosjektet som den var tiltenkt i søknaden. Der ble det dessuten lagt opp til en viss grad av brukermedvirkning, noe som heller ikke ser ut til å ha bli realisert helt etter intensjonen. Prosjektgruppen har en svært tverretattlig sammensetning, men ingen brukerrepresentasjon. Kanskje må dette sees i sammenheng med den utformingen prosjektet fikk. Med en sterk spredning på aktiviteter og med mange tiltak rettet mot befolkningen som helhet, var det ikke opplagt hvor man skulle hente brukerrepresentasjonen fra. Eller sagt på en annen måte; de kommunale etatsrepresentantene som allerede satt i prosjektgruppa, var samtidig potensielle brukere.

## 5 Hvordan gikk det – egentlig?

### 5.1 Hvorfor en detaljert kommunepresentasjon?

Statlig finansiert forsøksvirksomhet skal prøve ut nye virkemidler på et innsatsområde og være en inspirasjonskilde for andre kommuner. Tanken er at prosjektkommunene skal kunne gå opp ei løype som andre kan gå etter dem. Et viktig spørsmål som aktører i kommuner som ikke deltar i den aktuelle forsøksordning vil stille er: Hva kom det ut av denne forsøksvirksomheten – egentlig? Har prosjektkommunene gjort noe som andre kommuner ikke gjør? I den grad de har gjennomført nybrottsarbeid, melder spørsmålet seg: Trenger man spesielle forsøksbetingelser for å få til dette, eller kan det gjennomføres også i under helt ”normale” vilkår i kommunene?

Andre kommuner kan bli inspirert av å bli presentert enten lange tiltakslistene over hva prosjektkommunene har gjennomført, eller av mer dyptpløyende enkeltteksempler. Men den viktigste læringen ligger som regel i spørsmål som: Hvordan gjorde dere det? Hva var forutsetningen for at dere lyktes? Hvilke vansker og barrierer har dere stått overfor i arbeidet? Er dette vansker dere har klart å løse eller ”gå rundt”, eller har de lammet arbeidet i sterk grad? Hva kan en gjøre i fremtiden for å unngå problemene?

I dette kapitlet skal vi legge vekt på hvordan forsøksvirksomheten utviklet seg i fem kommuner – Førde, Arendal, Levanger, Tinn og Karasjok. Noen vil kanskje si at kunnskap om de interne prosesser og forutsetninger kan en få gjennom å lese årsmeldingene fra kommunene. Vi tror at årsmeldingene ofte overkommuniserer det som har gått bra, og underkommuniserer det som ikke har gått så bra. Dette er for så vidt i forsøksvirksomhetens ånd – å tenke positivt og at ”det nytter”. Men slike meldinger er ikke skrevet med særlig kritisk distanse. Derfor kan det være viktig å gi et utenforstående blikk på iverksettingsresultater, forutsetninger og prosesser i noen av våre eksempelkommuner. Vi gjør også oppmerksom på at det foreligger en hovedoppgave fra Uranienborg-Majorstuen (Jørgensen 2000), og at Vestfoldprosjektet fokuseres i kapittel 7 om brukermedvirkning.

En viktig hensikt med å presentere disse casene, er at vi i neste omgang skal kunne bruke disse kommunene i en mer komparativ analyse – for å tydeliggjøre hvilke faktorer og prosesser som fremmer eller hemmer denne type virksomhet. Dette kommer vi tilbake til i kapittel 6 og 7.

## 5.2 Førde - utviklingsarbeid gjennom institusjoner og tjenesteapparat

### 5.2.1 Noe får man til....

Vi viste i forrige kapittel hvordan Førde kommune (10.000 innbyggere) kom til å knytte sitt utviklingsarbeid nært opp til institusjoner og det eksisterende tjenesteapparatet i kommunen. Et kjennetegn ved utviklingsarbeidet i Førde er at det skjer i en kommune som er kjent for å ha et godt kulturtilbud - både anlegg, institusjoner og aktiviteter - til den jevne innbyggere. En viktig målsetting har vært å gjøre dette tilbudet tilgjengelig også for mer marginaliserte brukere.

Førde-prosjektet hadde en "tung" administrativ forankring. Både kultursjef og helse- og sosialsjef var engasjerte pådrivere innen sine to respektive sektorer. Administrativt har prosjektet hatt høy status. Politikerne har vært mindre aktive. De har hatt tillit til at prosjektarbeidet har gått sin gang. De har ikke hatt problemstillinger vedrørende prosjektet opp til debatt. Prosjektlederressursen har kun vært 1/3 stilling, administrativt plassert i fylkeskommunen. Mye av denne tiden har gått med til det faglige byråkatiarbeidet – som sekretærarbeid, rapportskrivning og lignende. Muligheten til å følge opp de enkelte prosjekter har vært begrenset. Der hvor prosjektleder har hatt kapasitet til å gå inn og støtte, har denne derimot blitt vurdert som svært nyttig. Dette gjelder spesielt i forhold til aktivitetene på Elvhuset, samt at hun har vært en døråpner inn i de "tunge" kulturinstitusjoner i Førde for marginaliserte grupper. I og med at prosjektleder har vært lønnet av fylkeskommunen har alle forsøksmidlene vært "frie" til å bruke på konkrete tiltak. 300.000-350.000 kroner årlig i "frie midler" til å stimulere kulturaktiviteter for avgrensede målgrupper er mye i en kommune på 10.000 innbyggere.

Det er en utbredt oppfatning blant våre informanter i Førde at en langt på vei har lyktes i å bruke kultur som virkemiddel overfor de 30-35 brukerne av Elvhuset. Dette er et dagsenter for mennesker med psykiske lidelser og for uføre som har spesielle problemer med å få en meningsfull sysselsetting. Vi har i vedlegg 1.1 gitt en presentasjon av hvordan Elvhuset har brukt kultur som virkemiddel overfor de to brukergruppene. I noen grad har en videreutviklet aktiviteter en allerede drev med før *Kultur gir helse* startet. En har dessuten utviklet en rekke "meraktiviteter" hvor en aktivt bruker kulturinstitusjoner i kommunen som kunstnersenteret, fylkesgalleriet, et privat galleri, biblioteket og kinoen.

En har også trukket inn både en teaterkonsulent og en musikkpedagog for å berike kulturaktiviteter som drives på selve huset. Gjennom *Kultur gir helse*-prosjektet har Elvhuset fått et større repertoar å spille på. Huset har fått penger til instruktører, instrumenter og materiell. Siden en i hovedsak har satset på kulturaktiviteter i selve Elvhuset eller kommunen, har utgiftene til både "meraktivitet" og til en høynet kvalitet på aktivitetene vært lave. Det betyr at en neppe vil være særlig avhengig av forsøksmidler for å få videreført dette arbeidet.

Det er likeledes en utbredt oppfatning blant nøkkelpersoner i kommunen at en har utviklet et bedre kulturtilbud til psykisk utviklingshemmede. *Kultur gir helse*-prosjektet har i dette tilfellet stimulert et "system" som allerede er aktivitetsorientert – til å forbedre aktivitetene overfor målgruppen<sup>22</sup>. Det var for øvrig motstand blant nøkkelpersoner i kommuneadministrasjonen mot å bruke *Kultur gir helse*-prosjektet overfor psykisk

<sup>22</sup> Se mer om dette i vedlegg 1.

utviklingshemmede. De fire som ble oppnevnt i ei arbeidsgruppe som skulle arbeide for kulturtiltak overfor målgruppa ba seg fritatt. De hadde en travel hverdag og mente de ikke hadde tid til enda en oppgave. De hadde nettopp vært igjennom ansvarsreformen for psykisk utviklingshemmede hvor det hadde vært mye tanker om kultur og fritid. De kunne ikke helt se behovet for å gå en ny runde med dette. De fire nøkkelpersonene ble allikevel med i arbeidsgruppa etter tydelige anmodninger fra helse- og sosialsjefen som selv hadde et betydelig engasjement i forhold til *Kultur gir helse*. Ledelsesengasjementet viste seg å være avgjørende for at dette arbeidet ikke strandet på en innledende skepsis hos de viktigste iverksetterne.

### 5.2.2 Noe får man ikke til.....

Når det derimot gjelder de to andre målgruppene, isolerte hjemmeboende eldre og barn/unge i en risikosone, er det en oppfatning at det har skjedd lite.

Ved innledningen til *Kultur gir helse*-prosjektet var det meningen at barn og unge, og særlig utsatt ungdom skulle være en målgruppe i Førde. Fra Førde sies det at arbeidet med disse gruppene ikke ble en del av forsøksvirksomheten. Årsakene er trolig at forebyggende arbeid overfor barn og unge allerede er aktivitets- og kulturorientert. Det har trolig vært vanskelig å se hva en kunne bruke deltakelsen i *Kultur gir helse* til. Resultatet er i hvert fall at det aktivitets- og kulturorienterte arbeidet overfor barn og unge har skjedd innen de etablerte kommunale instanser – som skolene, fritidsklubben, musikkskolen og gjennom et nyopprettet miljøarbeiderteam på fem stillinger – uavhengig av forsøksprosjektet. Det har ikke vært noe press i ”systemet” for at arbeidet overfor denne målgruppen skulle inkluderes i prosjektet. En tung aktør som undervisningssektor, som jo har et primæransvar overfor barn og unge - har ikke hatt det samme engasjerte eierforholdet til *Kultur gir helse* som kultur og helse- og sosialsektor.

Førde har som svært mange av prosjektkommunene også hatt isolerte eldre som målgruppe. Mange brukere av den hjemmebaserte omsorgen befinner seg i denne kategorien. I motsetning til målgruppen barn/unge, ble det gjort et seriøst forsøk på å få iverksatt tiltak for de isolerte eldre innen rammen av prosjektet.

Det ble etablert en arbeidsgruppe som skulle arbeide i forhold til eldre. De planla som et viktig tiltak en månedlig kulturkveld med underholdning og mat, hvor de eldre fikk transport til og fra. En fikk til to slike tilstelninger med ca. 150 eldre på hver – en på kulturhuset i Førde og en på den videregående skolen. Historiene går fortsatt rundt i kommuneadministrasjonen hvor flott dette var, om eldre som ikke hadde vært ute av huset på to år som plutselig fikk en stor kulturell og sosial opplevelse. Men dette var også veldig arbeidskrevende – både med selve aktivitetene og maten, transport til og fra, at det var noen til stede som kjente de eldre og kunne ta i mot dem. Og ikke minst hadde det vært arbeidskrevende å motivere de isolerte eldre til å delta. Som en hjemmehjelper uttrykker det:

”For mange må du ha løst alle problemer på forhånd hvis de skal tørre å bli med.”

Det ble med disse to vellykkede kulturkveldene. Utover dette sier våre informanter i helse- og sosialetaten at det neppe har kommet særlig mye ut av det. Det har ikke skjedd særlige endringer i arbeidsmåtene innen omsorgstjenestene overfor denne gruppen. Å løse de mest prekære medisinske og praktiske behovene dominerer.

Dette skyldes flere forhold:

- Arbeidsgruppa som skulle koordinere og stimulere innsatsen overfor denne målgruppen, opphørte å fungere etter en tid pga. sykdom, vakanser og fordi ingen av de gjenværende kunne eller ville ta et lederansvar for arbeidet. Det var ingen som grep inn da gruppa raknet.
- Arbeidsgruppa fikk ingen oppfølging og lite oppmuntring fra ledelsen i sektoren. De få sykepleiere og hjemmehjelperne som viste litt entusiasme overfor *Kultur gir helse*-tankegangen, mottok stadige signaler om at de egentlig ikke burde bruke tid på en slik "luksusoppgave" når en samtidig hadde problemer med å klare å dekke primærbehovene hos de eldre. Nå var riktignok helse- og sosialsjefen positiv til *Kultur gir helse*-konseptet, men han la ikke sin tyngde bak denne entusiasmen overfor ledelsen i omsorgsavdelingen. Han gir derimot uttrykk for en resignasjon når det gjelder mulighetene for å prioritere kultur og aktiviteter:

"Du må nok ha en ressurs som skal jobbe med dette. Hvis du skal endre tenkemåter blant de ansatte, må du ha noen som sørger for det. I tillegg må de ansatte ha tid. Omsorgsavdelingen er så hardt presset at en må prioritere kun det helt primære. Dette er et arbeid som ikke kommer av seg selv.

Dette er en virksomhet som krever overskudd, det krever rammebetingelser. Det er vanskelig å få til i systemer hvor folk går med tunga ute.

En måte å få dette til på er å øremerke en stilling, men det er ikke særlig økonomisk realistisk med den kommuneøkonomien vi har. Da må øremerkingen skje fra statlige nivå." (helse- og sosialsjef, intervju sommeren 1999).

- "Fotfolket" – sykepleiere og hjemmehjelpere som er i nærkontakt med målgruppen, ga de samme signalene. De var ikke interessert. De var slitne. Mange var selv "godt voksne" og hadde lite overskudd til å legge enda flere elementer inn i arbeidet, eller endre på tenke- og arbeidsmåter.
- Kommunen hadde ikke noe dagsenter eller aktivitetssenter hvor isolerte eldre kunne aktiviseres av noen som hadde dette som en mer primær oppgave (jf. Aktivitetssenteret på Eldres Hus i Tinn), og frivillighetssentralen fungerte dårlig pga. sykdom og vakanser.

Som en bakenforliggende variabel bak denne resignasjonen ligger igjen det som mange kaller for "krise i helse-Norge". Pleie og omsorgsetaten var presset "nedenfra" av en kø av pleietrengende eldre med behov for både institusjonsplass og hjemmebasert omsorg, og "ovenfra" av raskere utskrivninger fra sentralsykehuset.

Når da heller ikke omsorgstjenestens yrkesgrupper – sykepleiere og hjemmehjelpere – blir en del av den seminarvirksomhet, kunnskapsoverføring og motivering som har blitt mange andre til del gjennom *Kultur gir helse*-virksomheten, kan en ikke regne med at det skjer særlige endringer. Dette hadde ikke vært en tilstrekkelig forutsetning til å innføre nye arbeidsmåter, men det er en nødvendig forutsetning.

*For å oppsummere: Kultur gir helse - arbeidet skjedde i en presset kommunal virksomhet. Hvis en skulle ha hatt noen sjanse til å gjøre endringer i de ansattes arbeids- og tenkemåter i en slik presset situasjon, ville det forutsatt et utviklingsarbeid med langt større trøkk og stimulans. I Førde forsøkte en seg med å bryte ned murer ved å bruke teskje – da*

*gir en gir fort opp. En resignert sykepleier sier at det viktigste resultatet av Kultur gir helse innen pleie- og omsorgsavdelingen ble at...*

”.....du har fått satt saken på dagsordenen, noe som er en forutsetning for å få til en holdningsendring i etaten. Det er legitimt å snakke om kulturaktiviteter, men en blir fort ferdig. Hvis du hadde diskutert misbruk av medisiner eller forstoppelse hos eldre, hadde engasjementet blitt mye større.”

”Å jobbe med kultur i forhold til eldre er en tøff bit. Overfor de andre målgruppene er kultur og aktiviteter en mer integrert del av virksomheten og tenkingen i utgangspunktet.

### 5.2.3 Førde – oppsummert og vurdert

De viktigste resultatene av *Kultur gir helse* i Førde har vært at man har utvidet aktivitets- og kulturtilbudet til psykisk utviklingshemmede og mennesker med psykiske lidelser – hverfall de som omfattes av dagsenterets tilbud. De ansatte har fått et større aktivitetsrepertoire å spille på – særlig i forhold til stedets kulturinstitusjoner. Kulturinstitusjonenes imøtekommenhet har trolig gjort opplevelsene rikere og mer interessante for brukerne. Dette vil ha varig verdi. Spørsmålet er allikevel om en ikke kunne ha fått dette til uten å delta i noe statlig forsøk. Vi snakker her om systemer som er aktivitetsorienterte i utgangspunktet, og at det neppe skal så mye til for å vri repertoiret mer i retning av både kulturaktiviteter og besøk på kulturinstitusjoner. I fremtiden bør andre kommuner klare det samme uten spesielle forsøksbetingelser. Førde har brukt en god del forsøksmidler til et sanserom for psykisk utviklingshemmede. Dette er en ren investering – og dette er også noe som andr bør kunne gjøre uavhengig av en statlig forsøksbevilgning.

Utover dette har en i Førde klart å gi kulturtilbud til en gruppe uføre som vanligvis i kommune-Norge faller utenfor arbeidsliv og ulike sysselsettingstiltak. Dette er ei gruppe som befinner seg i en vanskelig livssituasjon, og det er fortjenestefullt at prosjektet har satset på denne gruppen. Virksomheten for denne har vært drevet på ekstra-ordinære ”spillemidler”, og har en usikker fremtid. Overfor gruppen barn og unge og isolerte eldre, har *Kultur gir helse* neppe spilt noen særlig rolle. I pleie- og omsorgssektoren – i forhold til eldre - skal det mer til enn å nedsette en arbeidsgruppe for å få til endringer.

Et viktig resultat av *Kultur gir helse*-arbeidet er at aktører i kommunen selv uttrykker at det tverretatlige samarbeidet mellom helse- og sosialsektor har blitt bedre. Nøkkelpersoner i de to etatene kommuniserer mer og bedre med hverandre, noe som i sin tur er en forutsetning for å drive dette utviklingsarbeidet videre etter at forsøket har opphørt.

De iverksettingsresultater en har nådd i Førde må karakteriseres som moderate, men det er allikevel grunn til å tro at endringene – i forhold til mennesker med psykiske lidelser (på dagsenteret) samt psykisk utviklingshemmede - vil kunne vare etter prosjektslutt. Førde har hatt en beskjeden prosjektlederressurs i forsøksperioden, slik at endrede arbeidsformer neppe har blitt avhengig av en løpende oppfølging fra en prosjektleder.

## 5.3 Arendal – de blomster som spirer de vanner man.....

### 5.3.1 Et stifinnerprosjekt

I forrige kapittel presenterte vi Arendals strategi som en ”la alle blomster-blomstrestrategi”. Temaet var ensomhet, med spesiell oppmerksomhet på personer som opplever seg selv som ufrivillig ensomme, ønsker sosialt nettverk og som ikke deltar i særlig grad på kulturaktiviteter.

Forutsetningene for arbeidet i Arendal (40.000 innb.) skiller seg en god del fra Førde. Arendal hadde for det første ikke noen opptrukne spor å gå i – slik Førde hadde (jf. kap. 4). Arendal brukte de statlige prosjektmidlene på prosjektleder, og har ikke hatt øremerkede frie kommunale midler til enkelttiltak. I den grad enkelttiltak eller prosjekter har trengt penger, har de måttet søke gjennom vanlige kanaler – noe som ikke har vært enkelt i en kommune som nesten har blitt landskjent for å ha en anstrengt kommuneøkonomi. Kulturetaten måtte skjære ned sitt budsjett med 3 ½ million kroner i forsøksperioden, og kommunen skal skjære ned på sin virksomhet med minst 100 millioner kroner på årsbasis i løpet av de nærmeste 3-4 årene. Da blir det ikke lett å få penger til nye prosjekter, selv om de måtte være gode. Mens Førde hadde ”mye” frie penger og en liten prosjektlederressurs, har Arendal hatt lite penger og en ”stor” prosjektlederressurs.

*Kultur gir helse* i Arendal har ikke hatt samme interesse på etatsledernivå i Arendal som i Førde. Dette skyldes nok at Arendal er om lag fire ganger så stor som Førde – noe som igjen tilsier at mulighetene for etatslederne til å engasjere seg på mer spesifikke felter er mindre. Dessuten var Arendal i forsøksperioden gjennom en betydelig omorganiseringsprosess – av både den politiske og administrative struktur. Vi kjenner til erfaringer på at slike større omorganiseringsprosesser også kan bidra til å ”befrukke” annet utviklingsarbeid i kommunen. Det bidrar til å løse opp i tilvante strukturer og maktforhold og det kan skape en ”ny giv” i kommunen<sup>23</sup>. Men vi kjenner også til motsatte erfaringer hvor et forsøksprosjekt på et felt blir stående i skyggen av mer energikrevende omorganiseringsprosesser (Nordahl og Carlsson 1999). Vi tror at omorganiseringsprosessen i Arendal har vært av den siste typen. Den har krevd mye energi av både politikere, ledere og fagfolk – og som sådan har den nok ført til at kapasiteten til å drive annet utviklingsarbeid har vært mindre enn det ellers ville ha vært. Noe som også kan ha bidratt til et noe avdempet engasjement i forhold til *Kultur gir helse* har vært at ansatte på alle nivåer har vært usikre på hvilken rolle de skulle få i kommunen fra 1/1-2000 og om de var tiltenkt en rolle i det hele tatt. Dette til tross – det rapporteres fra Arendal om et brukbart engasjement på avdelingsledernivå innen hhv. kulturetat og helseavdeling. Dessuten har arbeidet hatt noe større politisk interesse i Arendal enn i Førde. Ordfører har fulgt arbeidet engasjert opp. Og i styringsgruppa for prosjektet har hovedutvalgslederne for hhv. kultur og helse- og sosialutvalget deltatt.

### 5.3.2 En åpen prosess – hvor prosjektspirer dyrkes fram

I og med at arbeidet i Arendal var rettet inn mot et vidt tema (ensomhet), og ikke mot et allerede etablert arbeid i institusjoner og tjenesteapparat, har prosjektleder fått en stor mulighet til å sette sitt ”stempel” på arbeidet. Prosjektlederen kom til en kommune hvor *Kultur gir helse* ikke var et etablert innsatsområde slik som i Førde – det var ikke opplagt

<sup>23</sup> Eidskog kommune i Hedmark er en slik kommune hvor en omfattende omorganisering også trekker med seg annet utviklingsarbeid.

i hvilken retning en skulle arbeide i. Prosjektleder - som var ny i en stor kommune<sup>24</sup> - valgte å lete seg fram til enten institusjoner eller personer som kunne utvise et engasjement og som en kunne bygge videre på. Tilnærmingen hadde mange likhetspunkter med antropologisk feltarbeid.

”Jeg gikk ut på byens kaféer og satt meg ned hos tilfeldige personer som jeg så satt alene. Jeg fortalte at jeg var kommet tilbake til Arendal og skulle drive et prosjekt, men at jeg ikke viste helt hvordan jeg skulle gripe det an. Jeg spurte om de syntes det var behov for et prosjekt i Arendal som skulle fokusere på ensomhet som tema. Jeg spurte folk til råds. Jeg hadde mange samtaler med folk innledningsvis. Jeg ringte også til lag og organisasjoner, til frelsesarmeen, Røde Kors, Mental helse og spurte dem om de visste om noen som arbeidet med ensomhet, om de hadde noen idéer selv. Jeg fortalte til alle jeg møtte hva jeg dreiv med.” ...”Etter dette har folk også tatt kontakt direkte til kontoret på telefon. Da spør jeg om vi kan møtes. Da har vi ofte lange samtaler hvor jeg forsøker å være lyttende. Jeg sier at jeg er interessert i ressurser – i menneskeressurser, og at min jobb er å realisere andres idéer som kan være bærekraftige og som faller inn under *Kultur gir helse*. Overfor de som har idéer bistår jeg i utviklingen av idéen.”  
(prosjektleder)

Situasjonen var i utgangspunktet ganske åpen for prosjektleder, og hun valgte med aksept fra styringsgruppa en tilnærming som gjorde den enda åpnere. I mangel av et eget nettverk å handle igjennom søkte hun seg mot både enkeltpersoner og frivillige organisasjoner for å se hva slags respons hun fikk. Etter hvert kom hun også i kontakt med ansatte i kommunale etater.

Når prosjektleder har fått kontakt med en person som har en idé som synes interessant, har hun forsøkt å få et bilde av den enkeltes muligheter, ressurser og hva slags assistanse de vil være avhengig av for å utvikle idéen videre. Gjennom en prosess som kan ta inntil et halvt år, har hun sett om prosjektet har noe for seg, om det er realiserbart, om initiativtakeren har personlige forutsetninger og ressurser til å realisere idéen. I flere tilfeller har det ikke kommet noe ut av denne innledende prosessen – og forsøket har blitt oppgitt. Resonnementet har vært at når en idé ikke er levedyktig, trenger en ikke bruke ressurser på den.

I kontakten med offentlige etater har prosessen hatt en noe annen form. Da har det vært en mer direkte drøfting av prosjektmuligheter. Hvis etaten eller avdelingen ikke har vist engasjement, har prosjektleder trukket seg tilbake.

### 5.3.3 Et utviklingsarbeid innrettet på å bygge opp ildsjeler

I de tilfeller hvor idéene har syntes realiserbare og engasjementet til enkeltpersoner har vedvart over en tid – ca. et halvt år – har dette blitt definert som et delprosjekt, med en delprosjektleder. Delprosjektlederne har da fått tilbud om mer direkte oppfølging fra prosjektleder både i selve prosjektmetodikken og på det mer personlige plan. Arendals *Kultur gir helse*-prosjekt skiller seg fra veldig mye av annet forsøksfinansiert prosjekt-

<sup>24</sup> Prosjektleder hadde røtter i byen, men hadde bodd størstedelen av livet et annet sted. Hun hadde arbeidserfaring fra mange steder i både inn og utland.



arbeid i Norge<sup>25</sup>. I stedet for å stimulere delprosjekter med frie midler, noe som er svært vanlig (jf. Carlsson 1992), er det her delprosjektledere som dyrkes fram. Dette gjelder både delprosjektledere i kommunale etater og i sivilsamfunnet.

”Hun har gitt meg støtte på det jeg kan, og veiledet meg på det jeg ikke kan så godt. Hun har sett når jeg har vært sliten og ”ute og kjøre”. Da har hun veiledet meg slik at jeg raskere har kunnet hente meg inn. Det er sjelden du møter en som er så flink til å styrke det som er bra, og som også tar opp det en ikke gjør så bra på en så fin måte. Hun har ikke trampet på vårt innerste, men gjort det på en måte som har ført til at jeg har blitt tryggere på meg selv.” (Erfaren psykiatrisk sykepleier. Delprosjektleder for arbeidet på Hove asylmottak jf. kap. 3.3.1).

En annen delprosjektleder har fått lignende stimulans:

”Jeg har blitt mye sikrere og kan framføre ting på en mye bedre måte. Jeg har blitt mye tryggere i den utadrettede del av arbeidet”. . . . .” Dette har vært en tilleggseffekt av prosjektet. Men personlig utvikling koster. Det er viktig å spørre om en egentlig vil dette. Men det er opp til meg om jeg vil benytte meg av prosjektleder på dette området. Hun er flink til å ta tak i det positive, men hun viser også hva som kan utvikles. Dette har vært nyttig for meg. Det ser jeg mer og mer.” (Erfaren bibliotekar. Delprosjektleder for ”Treffpunkt biblioteket”, jf. kap. 3.2.5).

Vi har i kapittel 3 presentert viktige iverksettingsresultater fra disse prosessene. Vi viste der at psykiatrisk sykepleier på flyktningemottaket hadde tatt i bruk uttrykksterapi overfor flere grupper flyktninger – en terapiform som prosjektleder hadde lært henne opp i. Og vi viste hvordan biblioteket hadde åpnet seg opp for marginaliserte brukergrupper som blinde, eldre og mennesker med psykiske lidelser, etablert en bokkafé for disse gruppene, stimulert fram leseringer, og etablert minnegrupper for eldre.

Prosjektleder har også stimulert og ”bygget opp” to delprosjektledere som tilhører kategorien ”frivillige”. Begge arbeider profesjonelt i helsesektoren, men det er i egenskap av frivillige ildsjeler at de har fått støtte til sitt engasjement. Den ene ildsjelen står bak det såkalte *generasjonsprosjektet* som blant annet arrangerer en årlig marsj som har hatt 8-900 deltakere hvert år – på tvers av generasjoner. En utløper av generasjonsprosjektet har vært etablering av et helselag i Arendal som blant annet reiser rundt til sykehjemmene i kommunen med kulturinnslag. Den andre ildsjelen står bak Staubø kystkultursenter med galleri, arrangementer (hyggetreff, diktopplesninger og lignende) og et lokalt bayer-øl-lag hvor 30-60 personer møtes en gang i måneden for å drikke mørkt øl, synge og skrøne. I dette tilfellet er ildsjelen også eier av eiendommen noe som har medført at prosjektet har en heller privat karakter. Det er for lite til å ha karakter av næringsutvikling og for privat til å være et lokalsamfunns- eller nærmiljøprosjekt. Gjennom *Kultur gir helse* hadde en spillerom for å støtte denne type initiativ. Støtten var i liten grad av økonomisk karakter, men besto i hovedsak av praktisk hjelp og oppmuntring fra prosjektleder.

*Kultur gir helse*-prosjektet har også gitt støtte til etablering av en mannsgruppe. Dette er et lite delprosjekt som omfatter fire menn. En av mennene kom i kontakt med prosjektleder og en gateevangelist. Mannen kjente også til tre svært ensomme menn som bodde i en boligblokk i byen. Gjennom å ta personlig kontakt sa de seg villig til å treffe

<sup>25</sup> Her bygger vi på vår erfaring etter å ha evaluert en rekke statlige forsøksordninger i løpet av de siste 10-15 årene.

hverandre. Mennene har mye angst og de ønsker ikke at gruppen skal bli noe større. Mennene møtes regelmessig.

### 5.3.4 Delprosjekter som er avblomstret

Prosjektleder i Arendal har vært i samtaler med mange som har hatt idéer til prosjekter, men hvor det tidlig viste seg ikke å være grunnlag for å videreutvikle idéen. Ved to tilfeller har idéer blitt til delprosjekter, men de har blitt oppgitt etter noen måneder eller et års tid. Det ene tiltaket er Kystkulturprosjektet på Hisøy hvor målsettingen var å koble barn og unge til eldre som skulle lære dem om sjølivet. Når dette ikke fungerte som forutsatt, fordi engasjementet lokalt ikke var tilstrekkelig og fordi det sannsynligvis bygget på en urealistisk tro på at unge og eldre har et sterkt ønske om å være sammen, lot man prosjektet svinne hen uten å bruke så mye ressurser på det. Stimuleringsressurser i form av praktisk hjelp, personlig veiledning og oppmuntring, ble da overført til Staubø kystkultursenter – hvor entusiasmen virket større. Tilsvarende med et kunstprosjekt på ”Bomuldsfabrikken” (et galleri) hvor en skulle ha koblet barn og unge opp mot profesjonelle kunstnere. Her hadde kulturetaten og leder av Bomuldsfabrikken svært ulike syn på hvordan dette skulle gjøres. Da en ikke ble enig, lot man prosjektet falle.

### 5.3.5 Arendals tilnærming oppsummert og vurdert

Arendals tilnærming har vært typisk entreprenørorientert. Prosjektet har vært ledet av en prosjektleder med typiske entreprenøregenskaper – herunder evnen til overtale, motivere og begeistre. Hun har så satser på å finne nye entreprenører med idéer som ligger innen rammen av *Kultur gir helse* til å etablere et nytt tiltak eller delprosjekt. *Det er et entreprenørens pyramidespill*. I tillegg har prosjektleder hatt kompetanse i uttrykksterapi som hun har klart å overføre til et par andre i kommunen. *Kultur gir helse* i Arendal har tatt farge av prosjektleders kompetanse og interesse. Dette skyldes også at kommunen laget en struktur og et åpent mandat for arbeidet – som har gitt handlingsrom.

Strategien i Arendal har vært å gjøre noe nytt – som en ikke hadde før. Derved blir både *Kultur gir helse*-prosjektet og prosjektlederen svært tydelig som fadder eller inspirator. I Førde videreutviklet man noe man hadde fra før – en gjør litt mer. I Arendal gjør man noe man ikke gjorde før.

I Arendal har strategien vært rettet mot å aktivisere personer – og ikke institusjoner. I de tilfeller hvor en har fått til endring i institusjoner – dvs. på biblioteket og flyktningemottaket, har også endringen vært avhengig av hva de enkeltstående ildsjeler gjør. På biblioteket har dette vært avhengig av aksept fra ledelsen, men det er ildsjelen som gjør det meste av arbeidet. Biblioteket er en institusjon hvor arbeidsformer trolig vil kunne fortsette selv om ildsjeler skulle slutte. Og i dette tilfellet er også en frivillig organisasjon som Blindeforbundet involvert – slik at det ved et evt. personskifte vil være et forventningspress nedenfra for å få til en videreføring i tilfelle ildsjelen skulle slutte. På flyktningemottaket er det ildsjelen selv som endrer på de terapeutiske arbeidsmetoder som anvendes. Siden hun er alene som psykiatrisk fagperson på mottaket, vil denne type terapeutiske virksomhet være sårbar ved et eventuelt personskifte – hvertfall hvis en får inn en fagperson som ikke har uttrykksterapi i sin faglige verktøykasse. På den annen side kan de gode erfaringer som er gjort med denne type terapiform være et godt argument for at evt. nye fagpersoner tar den opp. Staubø kystkultursenter er bygget opp rundt de private interessene til en person, og er ekstremt personavhengig.

Når det gjelder de andre delprosjektene som generasjonsprosjektet har det også vært sterkt knyttet opp til en ildsjel. Men her kan det tenkes at generasjonsmarsjen – gjennom den oppslutning den har fått og gjennom de inntekter den gir, vil kunne fortsette uavhengig av enkeltpersoner. Ledsagerprosjektet for blinde ville trolig ha blitt iverksatt uavhengig av *Kultur gir helse* og står trolig på sine egne bein i fremtiden.

*Kultur gir helse* i Arendal har blitt en *punktsatsing*. Man har vannet og fått flere blomster til å spire – litt her og litt der i kommunen. Derved framstår også prosjektet som vellykket. Utenforstående betraktere ser de blomster som har spiret, man ser ikke de små spirene som ikke fikk vann, heller ikke de blomstrene som ble vannet i en periode, men som en lot blomstre av.

I vurderingen av arbeidet i Arendal må en huske at Arendal er en stor kommune – det vil alltid kunne være noen initiativ man kan forsøke å dyrke fram. Mulighetsrommet bør teoretisk sett være dobbelt så stort som i Levanger, fire ganger større enn i Førde og seks ganger større enn i Tinn hvis vi legger folketallet til grunn. Forutsetningene for å dyrke fram enkeltprosjekter og tiltak har ellers vært vanskelig pga. de store økonomiske problemene kommunen strir med. I et slikt perspektiv kan en kanskje si at gjennom å engasjere en prosjektleder som viste seg å være dyktig på å gi personlig veiledning og stimulans, har Arendal kommune klart å omgå kanskje den største hindringen mot at de skulle få til noe i forsøksperioden. En ble ikke avhengig av et utviklingsarbeid hvor penger var den viktigste stimuleringsfaktoren.

## 5.4 Levanger: En selvforsterkende positiv prosess som ender i en motbakke

### 5.4.1 Utgangspunktet

Vi presenterte ikke Levanger (17.000 innbyggere) i kap. 4 som representant for en tydelig utgangsstrategi. Vi har heller ”spart” presentasjonen av Levanger til dette kapitlet. Dette fordi det som har skjedd i Levanger i stor grad må forstås på bakgrunn av den prosess som har skjedd i prosjektperioden hvor ”ting har ballet på seg” – med det resultat at Levangers HELKUL-prosjekt ved utgangen av 1999 omfatter en rekke store delprosjekter som innbyrdes igjen består av mange tiltak. Levanger representerer både Førdes tilnærming ved å bygge på et etablert arbeid, samtidig som en har brukt samme ”la de tusen blomster - blomstre-strategi” som Arendal og Uranienborg-Majorstuen bydel i Oslo.

Før Levanger ble en prosjektkommune i 1997 hadde de i flere år arbeidet aktivt med miljørettet helsevern hvor spesielt kommunelegen hadde vært svært aktiv. Røde Kors i kommunen etablert i 1989 en frivillighetssentral 3 år før den statlige forsøksvirksomhet med frivillighetssentraler ble startet. Allerede i 1992 fikk en saksbehandler i helse- og sosialsektoren øremerket en halv stilling til å arbeide med aktiviteter for eldre, og i 1994 ble det opprettet ei arbeidsgruppe som skulle arbeide med eldre og aktiviteter. Det var dessuten satt i gang et danseprosjekt i kommunedelen Åsen, rettet mot store deler av barnekullet på skolen. Levangers arbeid var kjent i Sosial- og helsedepartementet lenge før forsøksvirksomheten ble kunngjort. Allerede høsten 1995 var det møter mellom Levanger kommune og departementet om Levangers deltakelse i forsøksvirksomheten. Mens de andre prosjektkommunene måtte søke om å få delta, ble Levanger og Uranienborg-Majorstuen plukket ut av Sosialdepartementet. Hva forsøksvirksomheten

burde inneholde ble påvirket av hva Levanger og Uranienborg-Majorstuen allerede gjorde på feltet.

Det er liten tvil om at Levanger gjennom kontakten med departementet fikk synliggjort at det var en kommune som kunne virkeliggjøre forsøksprogrammets intensjoner. Det er trolig grunnen til at Sosial- og helsedepartementet gikk inn med betydelige større ressurser enn i de andre kommunene. Fra 1997 kom Kulturrådets midler i tillegg. Mens de andre kommunene årlig fikk rundt 300.000 kroner, fikk Levanger 800.000 kroner i forsøksmidler. Levanger fikk penger til prosjektleder - og godt med penger til tiltak. Fra departement og Kulturråd ble Levanger vurdert å ha et fruktbart jordsmonn for å iverksette tankene bak forsøksvirksomheten – og de gikk så inn med mye ressurser for å gjødsle dette jordsmonnet ytterligere. Nøkkelaktører i Levanger fikk inntrykk av at Sosial- og helsedepartementet ville at de skulle være et utstillingsvindu og fyrtårn for resten av landet. Og dette var en ekstra motivasjon for kommunen – Levanger fikk en mulighet til å markere seg på Norges-kartet<sup>26</sup>.

#### 5.4.2 Et forsøksprosjekt som utfordret kultursektoren

Sosial- og helsedepartementets understreking av at HELKUL skulle dreie seg om tiltak for marginaliserte grupper, gjorde i utgangspunktet kulturetaten noe skeptisk til prosjektet. Skepsisen hadde sammenheng med forholdet mellom kulturetat og helse- og sosialetat i kommunen. Midt på 90-tallet var kulturetaten engstelig for å bli tappet for ressurser til fordel for helse- og sosialetat. Helse- og sosialetaten ønsket blant annet å få overført ressurser fra kulturetaten i forbindelse med arbeidet overfor mennesker med psykiske lidelser. Kulturetaten fryktet at deltakelse i HELKUL – med dets fokus på marginaliserte grupper – ville legitimere en slik omprioritering i kulturetatens disfavør. Kulturetaten var i forvarsposisjon og konfliktene mellom kultursjef og helse- og sosialsjef ble utspilt for åpen scene. Kultursjefen holdt på at forsøksprosjektet skulle dreie seg om brede grupper og mer tradisjonell kultur. Hun ønsket ikke et klientifisert kulturarbeid. Hvis kulturbegrepet ble vannet ut til å gjelde alle typer aktivitet og dessuten rettet mot marginaliserte grupper, sto kultursektoren i ferd med å rakne. ”Jeg har kjempet for å opprettholde en sektor, og for at kulturaspektet ikke ble vannet ut.” (kultursjef).

Fra kultursektorens side var det en frykt for at HELKUL-prosjektet skulle forsterke den opplevde ubalansen mellom de to sektorene. Slik sett ble det for kultursektoren viktig hva slags prosjektleder kommunen fikk tak i. Hvis kommunen hadde endt opp med en helse- og sosialfaglig fagperson – med en mer klientorientert vinkling, kunne det ha ført til at kultursektoren mistet interessen for hele prosjektet.

Prosjektlederstillingen ble lyst ut som en hel stilling. Uavhengig av hverandre søkte både kommunelegen og en erfaren fylkeskommunal ”kulturbyråkrat” som også spilte en fremtredende rolle i det lokale kulturliv, om en halv stilling hver. Ved å engasjere disse to som ”koordinatorer” i hver sin sektor, ble ikke balansen mellom de to sektorene truet. Ikke minst ble det viktig for kultursektoren å få en ”koordinator” som var faglig ”tung” og som kunne matche kommunelegen.

Denne ”dobbeltløsningen” bidro åpenbart til å dempe konfliktpotensialet mellom de to sektorene. Hvordan HELKUL-prosjektet i Levanger var en utfordring for kultursiden, kommer vi for øvrig tilbake til i kapittel 7.7.

<sup>26</sup> Jf. Innkalling til Idedugnad om samarbeid helse/kultur den 29/3-96

### 5.4.3 Faglig kraftsentrum med mange arenaer for kommunikasjon

Ganske raskt utviklet de to prosjektkoordinatorene<sup>27</sup> en god kommunikasjon seg i mellom. Hvis ikke de klarte å drøfte seg fram til en felles forståelse av hva prosjektet gikk ut på, kunne en heller ikke forvente at de andre i samhandlingsfeltet gjorde det. Etter hvert trakk de stadig flere ledere og fagfolk i kommunen inn i diskusjonene om hvordan en skulle utvikle HELKUL-prosjektet. Det ble etablert flere arenaer for å drøfte ulike sider ved prosjektet og prosjektets forhold til tilgrensende arbeidsområder. Årlig har det vært arrangert 6-10 arbeidsmøter og 2-4 samlinger for delprosjektledere. En gang pr. måned har det vært matpakkemøter for medlemmene i alle arbeidsgruppene. Det har vært en årlig milepælsamling hvor 30-40 deltakere har evaluert situasjonen og drøftet videre framdrift, og en har arrangert noen få temadager med ”topp foredragsholdere” (eks. Peter F. Hjort, Guttorm Fløistad).

De to prosjektkoordinatorene har vært i posisjon til å skape slike arenaer – fordi de hadde en posisjon i kommune, helsevesen og kulturliv i utgangspunktet. Men oppslutningen, særlig fra kommunens folk, har nok også sammenheng med organisasjonskulturen i kommunen. Man var ikke uvant med denne type prosesser. Prosjektkoordinatorene kunne spille på sterke sider ved kommunens organisasjonskultur.

Levanger har deltatt på en rekke seminarer og konferanser arrangert av Sosial- og helsedepartementet og Kulturrådet. Og i motsetning til de andre kommunene har ofte Levanger deltatt med en hel ”delegasjon” – fra fire-fem til en åtte-ti personer (rikelig med forsøksmidler har muliggjort dette). Eksterne seminarer/konferanser er ikke bare en anledning til å få inspirasjon – og å profilere egen kommune - men det er også viktige arenaer for å diskutere strategier og taktikk i eget prosjekt.

I tillegg til disse arenaene – som har blitt opprettet som ledd i selve prosjektet – har Levanger et kompakt rådhus hvor alle etatene sitter samlet. Rådhuset gir mulighet for de spontane samtaler – ved at folk stikker innom til hverandre, at de møtes i korridorer eller i den felles kantina. Og det har gitt lett uformell tilgang til samtaler med ordfører. Her skiller Levanger seg fra både Førde, Arendal og Tinn – hvor administrasjonen er spredd på flere bygninger.

Levanger har derfor hatt gode forutsetninger for tverrsektoriell kommunikasjon gjennom et felles rådhus. En har bevisst etablert flere andre arenaer for å diskutere prosjektet. Og – en har hatt to prosjektledere som til tross for sin høye faglige profil, ikke har overskygget de andre. Våre informanter understreker at de er synlige, men ikke overveldende. De inviterer til diskusjon, de gjør med sin deltakelse diskusjonene interessante, men de dominerer ikke. De er åpne for andres idéer og synspunkter, og de stiller seg ikke i sola og tar æren fra de andre. Viktige aktører som i utgangspunktet hadde noe begrenset tid til dette prosjektet – som for eksempel pleie- og omsorgssjefen – anspores tidlig av diskusjonene og denne prosessen. Det samme gjør kultursjefen som returnerte til kommunen etter et års utdanningspermisjon. Gjennom disse diskusjonene får hun øynene opp for de store utfordringer kulturretaten står overfor når det gjelder marginaliserte grupper. Skepsisen til en individorientert tilnærming opphører. De fleste nøkkelpersoner fra helseavdeling og pleie- og omsorgsavdeling melder seg på i diskusjonene, det samme gjør fagpersonene fra kultursektor, fra barnehageseksjonen i undervisningsetat og musikk- og kulturskolen. Et kjennetegn ved de aktører som blir engasjert er at de har mye erfaring og

---

<sup>27</sup> De ble ikke kalt for prosjektledere, men har hatt de samme funksjonene som prosjektledere i de andre kommunene.

høy fagkompetanse. Bare fra kultursektoren selv deltar fem personer med utdanning på embedseksamens/hovedfags-nivå.

HELKUL-prosjektet i Levanger ”baller” på denne måten på seg. Gjennom å tilby interessante arenaer for å diskutere faglige spørsmål, hvor det gis rom for både strategi og taktikkdiskusjoner, blir HELKUL et utviklingsmessig kraftsentrum for kommunens fagfolk. Det initieres delprosjekter og nye tiltak – og det finnes ressurser til å gjennomføre disse. Godt med forsøksmidler smører entusiasmen<sup>28</sup>. Ledere og fagfolk i kommunen opplever gleden ved å utvikle noe sammen.

Et kjennetegn ved en slik selvforsterkende prosess er selvsagt ikke bare at det diskuteres nye prosjekter – *det er like mye at de ulike fagpersonene bringer med seg egne prosjektidéer eller allerede igangsatte prosjekter*. Det blir deres ”innskudd” i prosjektbanken – og en legitimering for deres deltakelse. Og siden HELKULs hovedstrategi ble en ”både og strategi” – den skulle rette seg mot både grupper preget av sykdom, funksjonshemning eller sosial isolasjon, og mot brede befolkningsgrupper – kunne det meste av aktiviteter for de fleste målgrupper plasseres inn under HELKUL-paraplyen. *Nesten alle som arbeider med barn, ungdom, funksjonshemmede, syke eller eldre kunne bruke HELKUL til noe*. HELKUL ble en paraply for det meste av det arbeid som en kan kalle helsefremmende, forebyggende eller rehabiliterende.

Det er ikke bare fagfolk i kommunen som knyttes inn mot dette arbeidet. Prosjektkoordinatorene, ledere og fagpersoner fra kommunen, har sine egne nettverk ut det lokale kulturliv, til Innherad sjukehus, til Høgskolen i Nord-Trøndelag<sup>29</sup>. Eksterne ressurspersoner og institusjoner trekkes derfor også inn i prosjektet – gjennom et eller flere konkrete tiltak. HELKUL blir alle prosjekters mor i Levanger.

De kommunale fagmiljøer som HELKUL ikke helt klarte å fange opp var skolene og sosialkontoret. Skoleadministrasjonen sies å være så bundet opp til sine tunge lovbestemte driftsoppgaver at de hadde lite tid til å delta. Rektorer og lærere er det av praktiske grunner vanskelig å trekke inn i løpende tverretatlige prosesser. På den annen side er det mange eksempler på at enkeltskoler har deltatt i delprosjekter. Sosialkontoret slet med gjennomtrekk i stillingene slik at det var vanskelig å utvikle et mer løpende og varig samarbeid.

#### 5.4.4 Mange målgrupper, delprosjekter og tiltak

Når Levanger kommune ved inngangen til 1999 oppsummerer sin status for utviklingsarbeidet nevner den at det har vært rettet mot følgende målgrupper:

Spesielle/smale grupper:

1. Eldre med små nettverk
2. Mennesker med psykiske lidelser/problemer
3. Barn/unge med behov for spesiell tilrettelegging, barn med sein motorisk utvikling

<sup>28</sup> Tre personer fra kommunen - pleie- og omsorgssef, prosjektleder for ”Tjuddur’en” og en barnehagestyrer – får sponset et 20-vektalls høgskolestudium i Kultur og helse i Bø. De får anledning til faglig å fordype seg, men også drøfte videreutvikling av etablerte prosjekter, og etablering av nye.

<sup>29</sup> Høgskolen i Nord-Trøndelag har lærerutdanning (herunder hovedfagsundervisning i kroppsøving) og sykepleierutdanning i Levanger

4. Enslige ungdommer i Leira asylmottak
5. Rusmiddelbrukere
6. Langtidsledige

Brede grupper, åpne tiltak

7. Enkeltklasser i skolen
8. Klassenivåer (5., 6., og 9. klasse)
9. Medlemmer i organisasjoner
10. Foreldre
11. Ungdom fra 13 år
12. Flyktninger/innvandrere
13. Befolkningen

Overfor disse gruppene er det iverksatt sju større delprosjekter – som igjen består av alt fra et par til 10-12 enkeltstående tiltak. Vi har i kapittel 3 gitt eksempel på minnegrupper for eldre på et sjukehus, et teaterprosjekt i en skoleklasse, et forebyggende ungdomsarbeid i Skogn, et større danseprosjekt og friluftsgruppa "Tjuddur'en" for menneske med psykiske lidelser. De to mest omfattende delprosjektene som vi ikke har nevnt er HEKT – som igjen består av en rekke tiltak rettet mot eldre, samt Barn i bevegelse som også består av flere tiltak. HEKT og Barn i bevegelse presenteres i vedlegg 1.3 og 1.4.

#### 5.4.5 Levangers arbeid – oppsummert og vurdert

Levanger kommune har iverksatt mange delprosjekter og tiltak gjennom HELKUL-prosjektet. Men mange av tiltakene er slike som trolig allikevel ville ha blitt gjennomført. De har søkt inn under HELKUL-paraplyen fordi dette har gitt en faglig, motivasjonsmessig og økonomisk stimulans. Vi kan bruke det store delprosjektet "Barn i bevegelse" som eksempel (jfr. vedlegg 1.4). Vi vil tro at flere av de andre prosjektkommunene har etablert barnegrupper for motorisk usikre barn, nærmiljøanlegg, friluftsbarnehage, barnegruppe i samarbeid med Beitostølen helsesportsenter og samarbeidsorganisasjoner i nærmiljøet<sup>30</sup>. Men de har ikke definert det inn under forsøksparaplyen, og det har heller ikke vært relevant for fagfolk/ledere av slike tiltak å komme inn under noen forsøksparaply. At Levangers HELKUL-prosjekt har fått slike dimensjoner har sammenheng med evnen til både å etablere nye tiltak og inkludere tiltak som uansett ville ha blitt gjennomført i forsøksporteføljen.

Det sannsynlige i Levanger er at de tiltak som allikevel ville ha blitt iverksatt, kan ha blitt kvalitativt bedre gjennom å befinne seg under HELKUL-paraplyen. Fagpersoner og ildsjeler som har jobbet med de enkelte tiltak har blitt del av en "helhet". De har fått være med på spennende diskusjoner, fått faglig input, fått stimuleringsmidler, blitt engasjert – og de har fått utviklet nettverket til andre fagpersoner. Gjennom dette nettverket har det i mange tilfeller kommet inn kunnskap og/eller ressurser som kan ha beriket det enkelte tiltaket. Det er derfor sannsynlig at HELKUL-prosessen kan ha befruktet de ulike tiltak under forsøksparaplyen. Å "måle" befruktningseffekten har vi ikke hatt noen mulighet til, og det ville uansett være en svært vanskelig oppgave.

<sup>30</sup> For å ta en sammenligning: Drammen kommune har omtrent alle disse tiltakene som her er nevnt, men de er ikke en del av *Kultur gir helse*-prosjektet i kommunen.

#### 5.4.6 Når HELKUL motvirkes av andre prosesser og prioriteringer

Vi har overfor presentert Levangers HELKUL-prosjekt som en positiv snøball som har ballet på seg – og hvor en har fått utrettet mye. HELKUL-prosjektet har vært viktig og hatt prestisje i kommunen. Det har – som man håpet før prosjektstart – bidratt til å sette Levanger på kartet. Kommunen har fått heder og ære i form av 2. premie i både ”Det nytter-prisen” og i kåringen av landets kulturkommune. Men samtidig har det foregått – og foregår det – prosesser som motvirker effekten av det HELKUL-prosjektet søker å oppnå. Disse prosessene har sammenheng med både kommunens økonomiske situasjon og av de prioriteringer som kommunen velger å gjøre.

Levanger kommune er ved inngangen til år 2000 i en vanskelig økonomisk situasjon. Kommunen gikk med 5 millioner kroner i underskudd i 1999 og har et akkumulert underskudd på bortimot 50 millioner kroner. De økonomiske problemene skyldes delvis at kommunen har en dyr struktur med blant annet 17 skoler og fem pleie- og omsorgsdistrikt med hvert sitt sykehjem, og delvis at det statlige overføringssystemet ikke lenger premierer en slik struktur. Dessuten bygger kommunen et nytt sykehjem til 130 millioner kroner med et årlig forventet driftsbudsjett på 20 millioner kroner. Dette må passes inn i en presset ramme. Pr. januar 2000 så dette ut til å resultere i følgende:

- Kutt i dagpleietilbud og aktiviteter for eldre.

Dette vil ramme eldre som ikke bor på institusjon, men som har et dagtilbud hvor de deltar i aktiviteter og får sosial kontakt med andre. Det vil trolig også bli nedskjæringer i aktivitetstilbudene for de som allerede er på sjukehjemmene. I følge distriktleider for et av pleie- og omsorgsdistriktene som må spare inn 2 ½ stilling, må dette gå på bekostning av aktiviteter.

- Økonomiske nedskjæringer i kultursektoren

Kulturbudsjettet i Levanger var i 1999 på 8,5 millioner kroner. Det har blitt redusert med 1,2 millioner kroner for år 2000. Kultursjefen i kommunen uttaler at dette representerer ei krise for kulturlivet i kommunen, og sier opp sin stilling<sup>31</sup>. Med en slik ramme blir det neppe enkelt å følge opp alle de tiltak og aktiviteter som er satt i gang gjennom HELKUL-prosjektet.

- Økonomiske nedskjæringer for musikk- og kulturskolen

Musikk- og kulturskolen i Levanger har vært en viktig bidragsyter til flere av delprosjektene og enkelttiltakene innen HELKUL. Skolen må i 2000 kutte drastisk på sin virksomhet, og den vil trolig også miste flere dyktige medarbeidere slik at fagmiljøet vil bli redusert.

- Organisatorisk degradering av kulturetat

En annen prosess som i 1999 kom på kollisjonskurs med kommunens kultursatsing var at kulturetaten ble organisatorisk degradert. Kultur- og miljøetaten i Levanger ble i 1999 slått sammen med næring- og landbruksavdelingen, og kultursjefen ble underlagt en ny sektorsjef. Kommunen hadde vært gjennom en lang OU-prosess hvor det ble foreslått at kultur- og miljøetaten skulle opprettholdes som en etat. Gjennom et benkeforslag i den endelige sluttbehandlingen i kommunestyret ble det vedtatt å slå etaten sammen med næring og landbruk. De ansatte i etaten har reagert sterkt på dette. Og for kultursjefen var

<sup>31</sup> Dette var ikke den eneste årsaken til at kultursjefen sa opp stillingen, men en av flere årsaker.



dette en medvirkende årsak til at hun sa opp stillingen<sup>32</sup>. Etaten har ikke bare blitt økonomisk tappet for ressurser, men den er også blitt administrativt degradert.

Spørsmålet er altså om vi har å gjøre med et falmet nasjonalt glansbilde - med større overføringsverdi. Vi mener det er riktig å synliggjøre disse prosessene som skjer i Levanger på slutten av forsøksperioden, selv om det er uklart hvilke konsekvenser de vil få for aktivitetstilbudet til både brede og smale grupper i kommunen. Gjennom HELKUL har kommunen forsøkt å prioritere kultur og aktiviteter for marginaliserte grupper. Kommunen har gjennom sine fagfolk satt i gang mange tiltak og prosesser med "forsøkshanda". Ved inngangen til år 2000 så det ut som om kommunen gjennom politiske beslutninger ville ta mye tilbake gjennom "kommunehanda". Vi har allikevel grunn til å anta at flere av aktivitetene og prosjektene vil kunne føres videre selv i en vanskelig økonomisk situasjon. Mange informanter peker på at nøkkelpersonell i kommunen har utviklet måter å tenke på som i fremtiden vil komme marginaliserte grupper til gode. Men for enkelte grupper (eks. eldre på dagsentre og sykehjem, barn og unge) trekkes det trolig tilbake en god del av den aktivitet man har tilført gjennom HELKUL. Vi tar ikke stilling til om dette er rett eller rimelig, vi ønsker her bare å konstatere at dette er i ferd med å skje.

Levanger ble høsten 1999 utpekt til å inneha en nasjonal knutepunktsfunksjon i kultur- og helsenettverket – etter forsøksperiodens slutt i år 2000. Funksjonen går ut på å vedlikeholde og videreutvikle det nasjonale faglige nettverket fra forsøksperioden, holde kontakt med forskning og spre erfaringer ut til andre kommuner. En årsak til at Levanger ble valgt er utvilsomt at kommunens forsøksvirksomhet har blitt vurdert som vellykket. Kommunen ble det utstillingsvinduet som både kommunen selv og de statlige instansene ønsket. De økonomiske og organisasjonsmessige prioriteringer som har skjedd helt på slutten av forsøksperioden reduserer noe av glansen fra glansbildet. Men kanskje dette ikke gjør så mye i forhold til den nasjonale funksjonen. Stjerneeksempler, fyrtårn, utstillingsvinduer – eller glansbilder – kan i noen tilfeller stimulere gjennom eksemplets makt. Men for kommuner som befinner seg i en annen organisatorisk, politisk eller økonomisk virkelighet, kan også stjerneeksempler bidra til å framkalle underlegenhetsfølelse i stedet for gi inspirasjon. Et fyrtårn gir som regel en skyggevirkning. Gjennom at utviklingsarbeidet i Levanger nå har møtt noen av de samme hindringene som sikkert mange andre kommuner har erfart, blir gjenkjennelsesverdien større – og dermed øker trolig overføringsverdien av Levangers erfaringer i fremtiden.

## 5.5 Tinn – et prosjekt i periferien av kommuneorganisasjonen

### 5.5.1 Politisk styring, administrativ frakobling og uklar strategi

I kapittel 4 presenterte vi forløperen for *Kultur gir helse*-prosjektet i Tinn (6700 innb.). Det bygget på Odd Steffen Dalgards kommunediagnose som pekte ut to grupper – *arbeidsledige eldre menn og alenemødre* – som det kunne være viktig å rette innsatsen mot. Vi viste at politikerne ikke ville ha en slik vinkling mot utsatte grupper. De ønsket en samfunnsstrategi – blant annet utfra redsel for at målgruppestrategi ville stigmatisere Rjukan-samfunnet. Og politikerne tok styring med prosjektet – på en helt annen måte enn i de andre kommunene vi har beskrevet – trolig for å sikre at samfunnsstrategien ble

<sup>32</sup> Jf. intervju i Adresseavisa 29.januar 2000.

iverksatt. I styringsgruppa ble det sittende tre ”tunge” politikere, en representant for de frivillige organisasjoner (som for øvrig også hadde et ”tungt” politisk engasjement <sup>33</sup>) samt leder av frivillighetssentralen. Fagfolkene i kommunen, sammen med en del ressurspersoner utenfra kommunen, fikk plass i ei referansegruppe.

En følge av denne prosessen hvor politikerne tok styringen og valgte en samfunnsstrategi var at kommunelegen trakk seg ut av det utviklingsarbeidet han i utgangspunktet hadde stort engasjement i.

”Når prosjektet fikk en slik bred vinkling mistet jeg interessen. Jeg var veldig engasjert i starten, men når de valgte en annen strategi hadde jeg ikke mer å tilby. De mistet helseperspektivet. Vi fikk ikke utviklet kultur som redskap for våre målgrupper. ....Når det var sånn motvilje mot dette datt jeg av.” (Kommunelege/helsesjef).

Når utviklingsarbeidets ”founding father” og selve motoren på helsesiden datt av, bidro dette heller ikke til å tenne de andre fagpersonene i helseetaten – tvert imot. Helseetaten ble skjøvet inn i ei referansegruppe – som ikke hadde noen styrende funksjoner i forhold til prosjektarbeidet.

Gjennom valget av en samfunnsstrategi kunne en kanskje ha forventet at kultursektoren skulle engasjere seg. Men det skjedde ikke. En slik strategi representerte ikke noe annerledes enn det Kulturetaten allerede gjorde.

”Ordfører var opptatt av å se løsninger på lokalsamfunnsplan og ikke så mye på individnivå. Vi ga prosjektet en kulturvinkel. Men da spurte kultur oss – hva skal vi da gjøre som vi ikke gjør ellers? Svaret på det spørsmålet har de ikke fått ”(varaordfører).

Kultursjefen fikk en plass i referansegruppa, men ikke i styringsgruppa. Hans entusiasme i forhold til prosjektet ble også noe avdempet.

*Kultur gir helse* - prosjektet i Tinn fikk den tunge politiske forankring som ofte blir uttrykt som en forutsetning for å få gjennomført prosjekter. De sentrale aktørene som skulle gjennomføre arbeidet derimot, datt enten av eller følte at prosjektet var mindre relevant. I en liten kommune med 6700 innbyggere er det ikke så mange ”iverksettere” i de ulike etater. Når kommunelege/helsesjef melder seg ut av arbeidet og kultursjef ikke melder seg på med særlig entusiasme - er det ikke så mange andre å spille på. Enkelt personer spiller en større rolle i en liten enn i en stor kommune.

Selv om politikerne klart hadde valgt en samfunnsstrategi, ”hang” de to målgruppene igjen i diskusjonene. De var blitt kraftig introdusert gjennom Dalgards undersøkelse. Det var nok en klar forståelse både hos politikere og fagfolk at disse to gruppene var taperne i den betydelige industrielle omstrukturingsprosess som Rjukansamfunnet hadde vært igjennom på slutten av 80-tallet. Men en måtte ikke fokusere for mye på taperne i prosessen – fordi det kunne påføre hele lokalsamfunnet et taperstempel. De var på en måte fortsatt målgrupper, men de skulle nås gjennom en samfunnsstrategi som skulle komme alle til gode. For den nytilsatte prosjektlederen var ikke signalene spesielt klare.

<sup>33</sup> Denne representanten for de frivillige organisasjoner ble på slutten av prosjektperioden valgt til varaordfører i kommunen (fra SP).

### 5.5.2 En ung prosjektleder i et system uten entusiasme

Tinn kommune ansatte en relativt ung prosjektleder med kulturfaglig/humanistisk høyskoleutdanning. Hun hadde bodd kort tid i kommunen og hadde i utgangspunktet et lite personlig nettverk å spille på. Marsjordren til prosjektleder var å skape "liv og røre", skape engasjement i foreningslivet, utvikle tiltak for brede grupper slik at en kanskje fikk til deltakelse fra smalere grupper på kjøpet. Prosjektleder forsøkte på ulike måter å komme i kontakt med aktører i lokalsamfunnet som hun kunne spille på. Hun kom i kontakt med flere foreninger, men det kom ikke mange prosjektinitiativ fra sivilsamfunnet. Dette skyldes trolig flere forhold:

- Tinn kommune har et aktivt foreningsliv slik at svært mange aktivitetsbehov er dekket gjennom disse foreningene.
- Rjukan har i mange år vært et fraflyttingssamfunn. Foreningsstrukturen er fortsatt tilpasset en befolkningssammensetning som er større enn dagens. Mange foreninger sliter mer enn "normalt" med rekruttering til både lederverv og normalt medlemskap. Det er derfor vanskelig å gå inn og gjøre noe nytt eller annerledes når en sliter med å opprettholde kjerneaktivitetene og selve organisasjonen.
- Mange av våre informanter peker på at det er sterke forventninger i lokalsamfunnet på at nye tiltak og tjenester skal komme "ovenfra" – fra Hydro eller kommunen. Rjukansamfunnet er bygget opp på en paternalistisk tradisjon hvor de aller fleste velferdsoppgaver ble tilrettelagt og gjennomført av Hydro eller kommunen. Det er fortsatt vanskelig å komme fra "Kommunen" og forsøke å "velte oppgaver" over på sivilsamfunnet. Selv om slike forventninger nok er i ferd med å slippe taket, henger det igjen i den eldre del av befolkningen. De er vant med at sosiale oppgaver ivaretas fra Hydro eller det offentlige side.
- Med 6700 mennesker i hele kommunen og med under 4000 på Rjukan som prosjektet kom til å konsentrere seg om, var potensialet for nye prosjektspirer langt lavere enn for eksempel i Arendal som befolkningsmessig er mange ganger større.
- I og med at marginaliserte grupper og individrettet arbeid var utdefinert fra prosjektets arbeidsområde, ble mange potensielle initiativ utelukket i utgangspunktet.

Den viktigste responsen på prosjektleders mobiliseringsforsøk kom fra trekkspillklubben og turnforeningen. Trekkspillklubben dro høsten 1997 i gang en månedlig gammaldanskveld som trekker en 25-30 eldre – hvorav de fleste er enker eller enkemenn. Tiltaket er fortsatt i virksomhet høsten 1999. Turngruppa i idrettslaget har avholdt et par årlige lørdagskaféer med mye liv og røre, hvor det har kommet rundt 150 mennesker for å drikke kaffe og more seg. Mange av deltakerne har vært eldre.

En kan kanskje si at dette ikke er noen stor respons. Enkelte informanter mener nok at resultatet kunne ha vært bedre hvis prosjektleder kanskje hadde vært mer utadvendt og aktiv i sin mobilisering. Vi tror at selv den beste mobilisator – hvertfall uten sterke egne nettverk i Rjukansamfunnet – ville hatt problemer med å mobilisere fram nye generelle tiltak fra sivilsamfunnets side.

### 5.5.3 En "målgruppestrategi" med få å spille på

Men så var det disse to gruppene – eldre arbeidsledige menn og enslige mødre – som ikke var målgruppe, men som allikevel var målgruppe. Problemet var at dette ikke er grupper i vanlig forstand. De er kategorier i en spørreundersøkelse. Det var åpenbart mange

mennesker i disse to gruppene i Rjukansamfunnet, hvorav en del ifølge Dalgards undersøkelse skulle ha psykiske problemer. De var ikke organisert på noen måte. Mange deltok trolig enten i Rjukansamfunnets mange aktiviteter på vanlig måte og var integrert i et vanlig sosialt liv. Noen befant seg trolig hjemme i en mer sosialt isolert tilværelse. Det var de som en antok satt mye hjemme og hadde et ”stusselig” liv en ønsket å nå. De som ikke var ”friske” nok til å ha et aktivt liv, men som ikke var ”dårlige nok” til å være definert under kommunepsykiatrien.

Slike målgrupper som i utgangspunktet er en kategori, kan nås på tre ulike måter. En kan forsøke å mobilisere det offentlige apparatet som har kontakt med enkeltpersoner i denne kategorien. En kan forsøke å drive individuelt oppsøkende arbeid. Og en kan forsøke å spille på enkeltpersoner eller organisasjoner i sivilsamfunnet som kan ha kontakt med målgruppen. Vi skal se hvordan denne mobiliseringen artet seg på Rjukan.

Selv om ”målgruppene” i Tinn ikke var tilmeldt psykiatrien eller noe dagsenter, er det helt klart at mange i de to målkategoriene er i kontakt med representanter for det offentlige apparatet. Enslige mødre nås av trygdeapparatet, primærhelsetjenesten, og i noen grad av sosialkontor og barnevernet. Eldre menn på utsiden av arbeidslivet nås av arbeidskontoret, trygdekontoret og primærhelsetjenesten. Av disse offentlige instansene forvalter arbeidskontor og trygdekontor økonomiske støtteordninger – og er i liten grad rettet mot klientenes eller brukernes øvrige livssituasjon<sup>34</sup>. Det er i første rekke kommunens egne etater som er i direktekontakt med brukerne – som kjenner noe til deres individuelle livssituasjon, som samtaler med dem og som har en mulighet til å informere dem og motivere dem til å delta i aktiviteter.

Tinn kommune har en rehabiliteringsgruppe med representanter fra helseetat, sosialavdeling og arbeidskontor som drøfter saker på individnivå. Helsesjefen/kommunelegen mente at prosjektleder burde få delta på møter i denne rehabiliteringsgruppa. Den kunne være en god arena for å drøfte aktiviteter overfor enkeltpersoner. Da han møtte motstand fra de andre i gruppa, la han ikke sin tyngde bak ønsket om å få med prosjektleder i denne gruppa. Engasjementet for *Kultur gir helse* var ikke stort nok til det.

Prosjektleder ønsket også å komme i kontakt med allmenlegene for å drøfte med dem hvordan en kunne informere og mobilisere de aktuelle gruppene.

”Jeg ba [kommunelegen] om å få et møte med legene. Men han viste ikke noe engasjement. Han svarte ”bare gjør det du”. Og det følte jeg at jeg ikke ville klare uten hans hjelp.”

Som ung og uerfaren prosjektleder ønsket hun en ”døråpner” inn til den mer prestisjetunge legestanden. Da ”døråpneren” ba henne åpne døren selv, trakk hun seg. Og det hadde kanskje heller ikke vært så enkelt å få motivert legene:

”Jeg kunne nok ha fått allmenlegene med på et mer aktivt arbeid, men da måtte vi ha noen tiltak som vi kunne henvise folk til. Legenes engasjement i slike prosesser er generelt noe beskjedent. Hvis de skulle ha blitt involvert, måtte arbeidet ha hatt en helt annen helsevinkling. Hadde vi gått

---

<sup>34</sup> Dette stemmer ikke helt. Jf. tiltaket ”Lev Lurt” som vi presenterte i kapittel 3. hvor arbeidsmarkedsetaten er tungt inne. I forhold til grupper som har en realistisk sjanse til å komme tilbake til arbeidsmarkedet, satser arbeidsmarkedsetaten også på tiltak rettet inn mot fritida. Hvis folks fritidstilværelse ikke fungerer, er sjansen stor for at de også ramler ut av arbeidet.

videre på Dalgards prosjekt, hadde de nok blitt mer entusiastiske.”  
(helsesjef/kommunelege)

Kommunelegen som har vært lege på Rjukan i 30 år, sier også at han kjenner svært mange menn i alderen 50-70 år. Han vet langt på vei hvem som har psykiske problemer og lider av depresjon. Han sier at han nok selv kunne ha motivert dem til å delta i aktiviteter, men da måtte en ha hatt noe å tilby disse eller noen som hjalp dem over terskelene til ulike kulturaktiviteter. Og det opplevde han ikke at *Kultur gir helse* var opptatt av.

Mens Levanger drev et utviklingsarbeid hvor det ble etablert mange fora for diskusjoner og hvor fagetater og fagpersoner meldte seg på, kom Tinn i den omvendte utvikling. ”Det ballet av seg” og ikke på seg. Helsesjef/kommunelege og kultursjefen hadde nesten ingen kommunikasjon seg i mellom om hvordan de skulle ”ta ned” prosjektet. Det skyldes nok delvis at kultursektor fra 1995 var ”degradert” som sektor, slik at kultursjefen ikke lenger deltok i den kommunale ledergruppa – og ikke hadde løpende kontakt med kommunelegen. Kontorene deres befant seg 3 km. fra hverandre slik at de ikke traff på hverandre særlig ofte. Men det skyldes først og fremst at de følte at de ikke kunne bruke prosjektet til noe særlig, entusiasmen var begrenset og kommunikasjonen uteble. Uten kommunikasjon – ingen utvikling.

Resultatet ble at styringsgruppa kun fikk prosjektleder å spille på – som sto og stanget i en passiv kommuneadministrasjon. De fleste var generelt hyggelig og alminnelig imøtekommende, men ingen ”la breisida til”.

”Vi har ikke hatt noe administrativt system å spille på. Prosjektleder befant seg på utsiden – også på utsiden av egen etat (kulturetat). Jeg har ikke opplevd noen fra administrasjonen som aktive bidragsyttere.” (politiker, medlem av styringsgruppa).

#### 5.5.4 Å nå marginaliserte grupper

Vi viste kapittel 5.3 at prosjektleder i Arendal drev oppsøkende arbeid på arenaer hvor hun forventet å finne ensomme mennesker. Denne type oppsøkende arbeid ble i utgangspunktet ikke definert som relevant i Tinn. På dette punktet definerte prosjektleder seg som en kulturarbeider, og der fikk hun klar støtte på fra styringsgruppa.

Prosjektleder definerte det derimot som viktig å arbeide ”gjennom andre”. I forhold til den ene ”målgruppen” – enslige mødre - forsøkte hun å hjelpe til med å få organisert denne gruppa – for på denne måten få noe å spille på. I forhold til de eldre mennene tok hun kontakt med Samorg. som var ledet av en markert fagforeningsmann med 40 års fartstid på Hydro. Han kjente de fleste i den aktuelle kategorien og han tilhørte deres kultur.

##### *Alenemødre*

Arbeidet med Aleneforeldreforeningen er et eksempel på et mobiliseringsforsøk med heller magert resultat. Omtrent samtidig med at *Kultur gir helse* startet som prosjekt, tok to kvinner initiativ til en Aleneforeldreforening på Rjukan. Prosjektleder kom i kontakt med disse og har gitt disse mye oppfølging og bidratt med økonomisk støtte fra prosjektet til ulike aktivitetstiltak. Støtten fra *Kultur gir helse* har vært en forutsetning for at foreningen ble etablert og at den fortsatt fungerer etter to og et halvt år. Foreningen har etter hvert fått seks medlemmer, men kun fire kan regnes som aktive. Denne lave

oppslutningen har overrasket flere. Ut fra Dalgards undersøkelse som klart pekte ut denne gruppen som spesielt utsatt, skulle en kanskje ha forventet at flere ville slutte seg til en slik forening. Den kan jo både fungere som en selvhjelpsgruppe, tilby sosial kontakt og aktiviteter.

De to initiativtakerne mener at følgende er årsakene til at de ikke har klart å få med flere:

- Det finnes om lag 100 som er registrert som enslige mødre i Tinn. Om lag 2/3 er enten gift på nytt eller har en samboer, slik at de faktisk ikke er enslige.
- Av de ca. 30 som lever alene med sine barn, er det et flertall som har et helt greit liv. Mange har slekt og venner på stedet, de har lett for å få barnepass. De deltar i det sosiale og kulturelle livet på lik linje med andre mennesker.
- Det er kanskje noen som kunne ha behov for å delta i et slikt fellesskap, men som ikke ønsker å bli satt bås. Å delta i Aleneforeldreforeningen på et lite sted kan for noen synes som et nederlag. Det kan stigmatisere og påføre folk en uønsket identitet.

Initiativtakerne til foreningen driver den videre med få medlemmer. Det viktigste for dem er at de har et sosialt fellesskap og at ungene deres har noen å leke sammen med. De møtes en gang pr. uke på "Barnas hus" på Rjukan. Foreningen fungerer som de fleste andre likemanns- eller selvhjelpsgrupper. Den er mer sosialt orientert enn aktivitetsorientert.

Oppsummeringsvis kan en si at det er gjort et skikkelig forsøk på å mobilisere og organisere enslige mødre i Tinn, og spesielt på Rjukan. Resultatet ble magert – og viser trolig et generelt problem med å anvende en åpen målgruppestrategi på et lite sted. En slik gruppe-strategi kan bidra til en lokal stigmatisering. De fleste har andre roller i lokalsamfunnet enn å være "kun" enslig mor som de kan spille på. For noen *få* kan sikkert en slik gruppe være et gode. Og det har det vært på Rjukan.

#### *Arbeidsledige eldre menn*

Den gruppa i undersøkelsen til Dalgard (1996) som står tydeligst fram som en gruppe i en vanskelig livssituasjon, er mennene mellom 50 og 70 år. Det er enkelt å se en klar årsaks-linje mellom nedlegging av prosessindustrien og overgang til et mer postindustrielt samfunn – og den situasjon som eldre menn med lav utdanning plutselig befant seg i på Rjukan. De mistet sin jobb, de mistet deltakelsen i det levende sosiale fellesskap som arbeiderkollektivet deres utgjorde. Dalgard legger vekt på at de mistet kontrollen over sin egen situasjon, de følte seg maktesløse i forhold til storsamfunnet, de mistet selvfølelse og selvillit. Flere utviklet psykiske problemer. En fagforeningsleder mener at det største problemet var en gradvis uttynning av det sosiale fellesskapet på jobben – som kuliminerte i oppsigelsene i perioden 1988 til 1991.

"Jeg leste Dalgards rapport. Det var noe som manglet i den, som jeg dessverre ikke meldte tilbake. I et samfunn med mange skiftgående mennesker, er det mange som etter hvert melder seg ut av samfunnet. Det blir vanskelig å delta i foreningsliv og andre sosiale aktiviteter. Hvert skift var et minisamfunn, men gjennom strukturrasjonaliseringen ble skiftene etter hvert små. Enkelte steder ble det nesten enmannsskift. Nettverket på jobben ble gradvis pulverisert. Det var konene som hadde et sosialt nettverk. De som fikk det aller vanskeligst var de som enten ble skilt eller der hvor kona døde. De følte at det ikke var mening med noe."  
(fagforeningsleder)

Den siterte informanten er i dag pensjonist, men er fortsatt en drivende kraft i Samorg på Rjukan. Informanter på Rjukan legger vekt på at Samorg ikke lenger er hva det var, og at Samorg nå i stor grad nettopp er denne fagforeningsveteranen. For å nå denne målgruppen har prosjektleder etablert kontakt med denne fagforeningsveteranen. For henne som ung kvinne uten røtter i lokalsamfunnet ville det ha vært vanskelig å komme i kontakt med målgruppen. Fagforeningsveteranen pekte seg derfor raskt ut som en naturlig samarbeidspartner. Han var i gang med å pusse opp Samorg-huset i sentrum av tettstedet, han tilbød å bruke huset som et samlingssted for målgruppen eldre menn, og han tilbød hjelp til å finne fram til de som trolig hadde størst behov for et sosialt tilbud.

”[Prosjektleder] og jeg diskuterte hvor vi kunne finne mennene i denne målgruppen. En del finner du sittende på en benk på torvet. Dette er en ”lavaktivitet”, og her sitter det mange med lite tiltakslyst. Det er noen som går igjen. Men det finnes en gruppe som fungerer enda dårligere enn denne. Det er de som ikke går ut i det hele tatt. Vi forsøkte oss med en mandagskafé her på Samorg-huset. Da prøvde vi å lete oss fram til de vi visste satt hjemme alene og som hadde isolert seg. Jeg visste stort sett hvem dette er, og hvem de kjente. Jeg fant fram til folk som jeg visste de hadde tillit til som oppsøkte dem. Vi oppsøkte rundt ti stykker, og det tror jeg er omtrent halvparten av de som tilhører den mest isolerte gruppen. Det var bare et par stykker vi klarte å trekke ut av isolasjon. Noen har bygget opp ei boble som de isolerer seg inn i. Noen har nok også bygget opp et eget lite sikkerhetsnett rundt seg – av en nabo i oppgangen eller hjemmehjelpa. TV’en virker nok passiviserende for en del, mens for andre bidrar TV’en til at de tar inn det de ser slik at de ikke blir helt passive.”  
(fagforeningsleder)

Det er ikke tatt flere oppsøkende initiativ enn dette overfor de mest isolerte. Men det har vært arrangert en ukentlig mandagskafé hvor alt fra en to-tre til et dusin pensjonister samles for å prate om gamle dager og drikke kaffe.

”Det har vært mye historieprat. Det har vært mye prat om arbeidet på skiftet, om mangel på søvn, om skiftbasen. Og folk forteller om den gang de var aktive i idretten, om den gang de hoppet på ski, var aktive i AIF. Slikt er stort å se tilbake på. Når folk blir eldre og kroppen forfaller er det viktig å huske den gangen du var sterk. Det er viktig for selvpopholdelsesdriften.” (fagforeningsleder)

Det har ikke vært tradisjonelle kulturinnslag på mandagskaféen. Det viktigste har vært det sosiale. På spørsmål om en kunne ha gjort dette annerledes for å trekke flere isolerte ned til mandagskaféen, svarer fagforeningslederen:

”Noen mennesker når en aldri fram til. Men en kunne nok ha brukt mer ressurser i en fase. Hvis vi hadde brukt mer moderne fagfolk sammen med vår gammelmannserfaring kunne vi kanskje ha nådd noen flere.”

I og med at kommunikasjonsprosessene rundt *Kultur gir helse* i Tinn hadde tørket så kraftig inn, fikk en ikke til denne koblingen. Kanskje det nettopp hadde vært gjennom en slik kobling mellom sivilt og profesjonelt/faglig initiativ en kunne ha nådd frem til målgruppen?

Høsten 1999 lå mandagskaféen nede. Intitiativtakeren var syk i en periode, og da han ble frisk fikk han signaler om at kaféen konkurrerte med aktivitetene på det kommunalt drevne Eldres Hus. Dette er et Eldresenter med gode aktivitetstilbud til eldre. Da kaféen

startet opp var det ikke noe mandags-tilbud på Eldres Hus, men det er det nå. Det er viktig for denne Samorg-lederen ikke å konkurrere med det kommunale tiltaket. Dette sosiale treffet en gang pr. uke vil trolig bli startet opp igjen våren 2000, men på en dag som ikke konkurrerer med det kommunale tiltaket.

### 5.5.5 Nye initiativ på slutten av forsøksperioden

Det første tiltaket vi vil trekke fram er ”Lev Lurt” på Rjukanlys, et kulturtiltak for marginaliserte brukere. I kapittel 3 har vi presentert hvordan en på Rjukanlys – en vernet bedrift – utviklet et prosjekt for å legge til rette for en meningsfull fritid for brukerne. Prosjektet har mye til felles med Elvahuuset i Førde, og det går ut på å stimulere marginaliserte brukere til å nytte både det lokale og det regionale kulturtilbud, samt komme i gang med mer individuelle aktiviteter. Initiativet til dette tiltaket kom fra atføringsbedriften selv og sosialkontoret, og tanken er at hvis målgruppen (mennesker på atføring – hvorav en del har rusproblemer) har en meningsfull fritid, er sjansen også større for at de kan fungere i en jobb. Å jobbe i forhold til en målgruppe som dette lå jo egentlig på utsiden av de rammer som politikerne trakk opp for *Kultur gir helse* - prosjektet i kommunen. Og det vil være urimelig å si at dette prosjektet er et resultat av *Kultur gir helse*. Prosjektet representerer den målgruppetenking som preger helseetaten i Tinn. Det er grunn til å tro at prosjektet på Rjukanlys ble utviklet i nær dialog mellom kommunelegen og leder av Rjukanlys<sup>35</sup>.

Det andre tiltaket er babytreffet. Vi viste at det ikke har vært enkelt å organisere alene-mødre i Tinn. På slutten av forsøksperioden tok helseetaten i Tinn kontakt med *Kultur gir helse*-prosjektet for å utvikle et samlingssted for småbarnsmødre. Babytreffet skjer en dag (ca. 4 timer) pr. uke, det arrangeres av helsesøster på en ikke-stigmatiserende arena. Det møter opp 10-15 stykker hver uke, og siden ikke alle møter hver gang når treffet ca. 25-30 mødre. Det er nær halvparten av alle som føder i Rjukan i løpet av et år. Helsesøster regner med at tilbudet brukes av både ressurssterke og ressursvake mødre, og det er noe av poenget. Tiltaket er et samarbeid mellom helseavdeling, fødestua på Rjukan sykehus, Kvinne- og famlieforbundet, frivillighetssentralen og *Kultur gir helse*. *Kultur gir helse* har støttet tiltaket med penger, og det hadde ikke latt seg realisere uten deltakelse fra *Kultur gir helse*. På den annen side hadde det neppe heller latt seg realisere uten deltakelse fra de andre nevnte partene.

”Babytreffet er noe vi i helseetaten brenne for og som vil videreføre. Her har [prosjektleder] vært med som en pådriver og inspirator. Vi hadde ikke fått til dette uten økonomisk støtte fra *Kultur gir helse*.” (ledende helsesøster)

Det er først et godt stykke ut i 1999, på slutten av prosjektperioden, at helseetaten nærmer seg *Kultur gir helse*-prosjektet og ser at de kan bruke det til noe. Det ble utviklet et treffsted, men så mye kulturaktiviteter dreier det seg ikke om – hvis en da ikke definerer kultur som en måte å leve sammen på.

<sup>35</sup> Kommunelegen og leder av atføringsbedriften er ektefeller. Vi kjenner ikke til hvor mye de har drøftet dette kulturprosjektet seg i mellom. Det vil neppe være overraskende om kommunelegens langvarige engasjement for å legge til rette for kulturaktiviteter for marginaliserte og utsatte grupper ”smittet over på ektefellen” – og evt. også vice-versa. På små steder vil ofte dynamikken i prosjekter og utviklingsarbeid kunne søkes i at det er svært tette sosiale bånd mellom aktørene (jf. Carlsson 1992).



### 5.5.6 Tinn – oppsummert

Av de prosjektkommunene vi har presentert så langt er det neppe tvil om at det er i Tinn at utviklingsarbeidet har gått tyngst. Dette skyldes i særdeleshet at prosjektet fikk en så bred samfunnsvinkling at helseetaten meldte seg ut. Kulturkontoret så heller ikke hva de kunne gjøre utfra en slik vinkling annet enn det man ellers gjorde. Resultatet var at prosjektleder ble stående mye aleine. I tillegg har det vært betydelige kommunikasjonsbarrierer mellom helseetat og kulturkontoret. Dette skyldes delvis at de fysisk sett befinner seg flere kilometer fra hverandre, og delvis at kulturetat fra 1995 ikke lenger var en etat slik at kultursjefen ikke lenger møtte helsesjefen i det tverretatlige etatssjefsmøtet. Det ble lite kommunikasjon og lite dynamikk. Å satse på tiltak for brede grupper – i samarbeid med foreningslivet – gikk tungt, noe som trolig skyldes spesielle kontekstuelle forhold ved Rjukansamfunnet. Likeledes gikk det tungt å utvikle et aktivitetstilbud for de to målgruppene som ble pekt ut i Dalgards undersøkelse. Det var verken lett å nå enslige mødre eller isolerte eldre menn – hvertfall ikke uten hjelp fra det kommunale tjenesteapparatet. Med unntak av atføringsbedriftens ”Lev Lurt” som jo skjedde uavhengig av *Kultur gir helse*, og trekkspillklubbens gammaldanstreff, har de tiltak som faktisk ble utviklet det til felles at de i liten grad dreier seg om kulturtiltak. Det dreier seg mest om å etablere sosiale treffsteder. Og selv om en skulle anvende en svært vid definisjon av kultur og inkludere sosiale treffsteder inn i kulturbegrepet, er det ikke mange tiltak som er utviklet eller mange brukere som en når.

## 5.6 Karasjok – et antropologisk utgangspunkt

I forrige kapittel viste vi hvordan oppstarten i Karasjok var preget av dårlig økonomi og en relativt motvillig kontekst. Slik sett er det flere likhetspunkter med prosjektet i Tinn. Her vil vi bruke litt mer plass på fortellingen om hvordan det gikk i Karasjok.

### 5.6.1 Mange engangstiltak i et noe usynliggjort prosjekt

*Kultur gir helse* i Karasjok var ikke et helhetlig program, men et stort antall nokså sprikende delprosjekter. De ser ut til å være valgt vel så mye ut i fra hvor det har vært mulig å få finansiering, som ut i fra den styring som lå i søknadens prioritering av målgrupper og målsettinger. Møtene i prosjektgruppa og styringsgruppa var lite preget av diskusjon om aktiviteten i prosjektet, dvs om hva man skulle gjøre. Man fokuserte mer på hvor det var mulig søke støtte, ofte temmelig små summer. For eksempel gav Samisk kulturråd tilskudd til samiske tradisjonsaktiviteter for barn og unge. Av andre eksternt støttede aktiviteter kan vi nevne naturverntiltak, dvs friluftaktiviteter for skoleklasser, samt overnattingstur for ungdom, og vilttiltak, dvs jaktskyting for jenter og jegerskole for ungdom.

Men kanskje er det å gå på tvers av prosjektleders premisser å legge så stor vekt på aktivitet. I en rapport til Kulturrådet i 1998 sier hun det slik:

”Motivasjonen for å drive et aktivitetsrelatert prosjekt har heller ikke vært «på topp». Føler at jeg blir ensom i arbeidet. Skulle gjerne hatt noen sterke pådrivere i prosjektet. Noen som spør og krever resultater, og flere som viser aktiv interesse for prosjektet. Føler vel også at forventningen om aktiviteter blir viktigere enn hensikten og at intensjonen i prosjektet forsvinner.

Spørsmålet blir om det er mulig å skape interesse uten at man går veien om aktivitet. For øvrig er det vanskelig å skaffe seg oversikt over aktivitetene i Karasjok-prosjektet. Listen er lang, men mye av det er engangstiltak, som for eksempel juletilstelningen for enslige og rusmisbrukere. Andre aktiviteter bygger på en eller annen måte opp om målsettingen om videreformidling og ivaretagelse av samisk kultur, som for eksempel kurset for arbeidsledige om tradisjonelle samiske fiske- og fangstmetoder. Samtidig er den skapende og utøvende kunsten og kulturen også er inne i mange av aktivitetene.”

Prosjektleder brukte mye tid på å sitte i styringsgrupper, drive planlegging etc. Hva av dette som egentlig kunne regnes som Kultur-helse aktivitet, var uklart. Slik styring og planlegging kan trolig være både positivt og negativt. Det er bra dersom det gir kontakter og nettverk som så kan brukes i Kultur-helse forankring. Men det er ikke bra dersom denne tiden kommer i stedet for Kultur-helse aktivitet. Kanskje ble prosjektleder en libero som kommunen kunne bruke der de manglet noen. For prosjektleder var dette en måte å gjøre seg nyttig på, når det for øvrig kanskje var vanskelig å vite hva man skal fylle arbeidsdagen med.

Et annet spørsmål er om denne måten å jobbe på virket til å usynliggjøre prosjektet. Det skjedde en hel del, men de som ble berørt av det var kanskje ikke er klar over at dette hadde noe med Kultur og helse å gjøre. Slik usynliggjøring er kanskje ikke så farlig i seg selv, men den kan komme til å ha konsekvenser for hva som skjer med hensyn til perspektivendring og mer tverrsektorielle måter å nærme seg problemene på. Alt dette er spørsmål som vi vil komme tilbake til i de neste avsnittene, der vi skal se litt på holdningene og erfaringene til medlemmene i prosjektgruppa.

## 5.6.2 Administrativ forankring gjennom prosjektgruppa

Som nevnt foran var det i søknaden lagt opp til at prosjektet skulle gjennomføres i tilknytning til frivillighetssentralen, i samarbeid med en prosjektgruppe med *“representanter fra helse- og sosialetaten, kulturetaten, kulturskolen, frivillighetssentralen og brukerne.”* Som vi har sett fikk frivillighetssentralen en mindre rolle enn tiltenkt, og brukerne var ikke representert i prosjektgruppa. Kulturskolen deltok heller ikke<sup>36</sup>.

Ser vi på kommunens egne medlemmer i gruppa, var gruppa både svært tverretattlig sammensatt, og den var relativt topptung. Alle de fire etatssjefene i rådmannens team var også medlemmer av prosjektgruppa. *Kultur gir helse* hadde felles både styringsgruppe og prosjektgruppe med søsterprosjektet “Levekår i omstilling”. “Levekår i omstilling” ble i hovedsak finansiert gjennom de såkalte helse- og ulikhetsmidlene som fylkeslegen rådde over. Det var et to-årig prosjekt, og det var også tiltaksrettet i langt mindre grad enn *Kultur gir helse*. Prosjektgruppa hadde ganske hyppige møter så lenge den var felles prosjektgruppe for to prosjekter. Etter at det siste prosjektet opphørte i desember 1998, var møteaktiviteten mindre.

Vi har hatt ganske omfattende intensive intervjuer med medlemmene av prosjektgruppa. I det følgende skal vi se på litt på holdningene og erfaringene til prosjektgruppemed-

<sup>36</sup> Finnmark fylkes kulturskoleprosjekt startet høsten 1995 som et samarbeid mellom fylkeskulturkontoret og Statens utdanningskontor i Finnmark. Karasjok var en av 15 finnmarkskommuner som deltok i prosjektet. Vi mangler kunnskap om kulturskolen i Karasjok sin status nå. Kulturskoleprosjektet er evaluert av NIBR: Krogh (1998).

lemmene. Vi begynte med å spørre dem om hva de visste om prosjektet, og de hadde noen tanker om andre måter dette kunne vært gjort på. Videre spurte vi om de målgruppene som var valgt, og om vektleggingen av kultur som livsform.

Stort sett visste medlemmene av prosjektgruppa lite om *Kultur gir helse* som et nasjonalt prosjekt. At dette også var et prosjekt som foregikk andre steder, der de kanskje hadde løst utfordringene på en annen måte, så ut til å være relativt uinteressant for flertallet av dem. Én spurte oss hvilke andre kommuner i Finnmark som deltok. Én sa direkte at hun<sup>37</sup> opplevde dette som et Karasjok-prosjekt heller enn et nasjonalt tiltak, og derfor hadde hun heller ikke interessert seg særlig for andre deler av prosjektet. Inntrykket var at de opplevde Karasjok som såvidt spesielt at det som måtte foregå i andre kommuner ble lite relevant. Inntrykket var med andre ord at *Kultur gir helse* i Karasjok så ut til å være seg selv nok. En informant bekreftet og utdypet dette slik:

”Ja, det er riktig at vi er oss selv nok. Det kommer nok av den profilen vi har valgt. Dette er vinklet veldig lokalt, og dersom noen på sentralt nivå reagerer på vår måte å gjøre det på, kan det like gjerne være et uttrykk for at vi har valgt riktig. Det er veldig bra at vi er stilt såpass fritt, at det ikke er trødd ned over hodet på oss en måte å gjøre dette på fra sentralt hold. Vi er annerledes, og det skal vi ta vare på.”

En annen så på prosjektet som en særlig utfordring for en samisk kommune, og det var tydelig at når hun snakket om kultur, så var det den samiske kulturen hun snakker om.

”Kultur har alltid vært sentralt for Karasjok kommune. Vi har vært opptatt av statusen til samisk språk, og statusen til samisk kultur. Og vi har vært med på å etablere samiske institusjoner. For oss er det viktig med et utvidet kulturbegrep, og selv er jeg veldig glad for denne koblingen mellom kultur og helse. Vi vet godt at samisk identitet gir helse, og vi har de siste årene fått en større forståelse for kulturens betydning, både på godt og vondt. De mange selvmordene i Karasjok for eksempel. Her har utviklingen gått ekstremt fort.”

For denne informanten er det altså en realitet ikke bare at “*Kultur gir helse*”, men også at mangel på kultur kan være fatalt, for kanskje å spissformulere det noe mer enn det informanten selv ville gjort.

”Det var også stor enighet i prosjektgruppa både om at det var riktig å spre seg på mange målgrupper, og i hovedsak også om at det var de rette målgruppene som var valgt. En begrunnet spredningen med behovet for å styrke eksisterende tilbud, og så samtidig dette som en måte å forankre prosjektet på:

Spredningen var viktig fordi vi da kunne gi små drypp inn i tilbud som allerede fantes. Det er da det blir piff som kan gro videre. Karasjok kommune var nokså oppsplittet, og slik kunne vi sikre at det var flere som fikk snakket sammen. Forankring er lettere når man går inn i noe som allerede finnes. Men prosjektlederen kan nok ha følt seg ganske schizofren i denne sammenhengen.”

<sup>37</sup> Vi har intervjuet fem kvinner og en mann. For anonymitetens skyld er alle her omtalt som hunkjønn. Vi håper at den eneste hanen i kurven tilgir femininiseringen!

Informantene ble også spurt om hvilke forventninger de hadde da prosjektet ble startet opp. Flere la vekt på at søknaden var åpen, dvs at forventningene ikke kunne være så veldig presise. Det var imidlertid klart at de hadde forventninger om tiltak, og fortrinnsvis tiltak som kunne innlemmes i det ordinære systemet. Enkelte var skuffet over bidraget fra sentrale myndigheter, og følte seg nesten litt snytt:

”Jeg hadde ikke så presise forventninger. Vi var nokså bevisst på at vi skulle ikke detaljstyre, men skulle overlate så mye som mulig til prosjektleder. Men jeg hadde nok en klar forventning som ikke ble innfridd, nemlig at vi skulle få tiltaksmidler og ikke bare lønn til en administrator uten penger til å gjøre noe som helst. Vi hadde altså større forventninger til sentrale myndigheter enn det som ble innfridd.”

### 5.6.3 *Kultur gir helse* som ordinær kommunal aktivitet

Mange vil nok også si at mye av det som *Kultur gir helse* faktisk holdt på med, var ting som Karasjok kommune burde gjort i alle fall. Akkurat som vi har oppsummert for Levanger, er det lite nytt i mange av disse tiltakene. Vi kjenner til at det andre steder i landet både musikkterapi-tilbud for psykisk utviklingshemmede, rusforebyggende tiltak og helsefremmende tiltak blant eldre, uten at kommunene har hatt noe prosjekt å støtte seg til. Vi spurte medlemmene av prosjektutvalget om de egentlig trengte noe *Kultur gir helse* prosjekt for å drive med dette.

Svarene gikk stort sett i samme retning. Informantene var enige i at kommunen nok kanskje burde og kunne gjort dette av seg selv, men de var også enige om at det hadde aldri skjedd. Selv om tiltak og aktivitet i og for seg kunne vært definert som ordinær kommunal aktivitet, så var det faktisk nødvendig med et eksternt initiert prosjekt og eksternt lønnet prosjektleder for at det skulle skje noe. Kommentarene for øvrig var av to slag. Noen la mest vekt på at prosjektleder hadde representert en helt avgjørende push-faktor. Det trengtes en koordinator, en som kunne ta initiativ og trekke lasset.

For, som en annen sa, selv om kommunen kanskje kunne gjort det, så ville de (vi) ikke prioritert det. Den sentrale invitasjonen har altså påvirket den kommunale prioriteringen:

”Dette er jo en prioriteringssak. Uten noen som sparker oss bak, så klarer vi ikke å utvikle noe nytt. Det er viktig at det er noen som faktisk gis anledning til å sette av tid til å tenke nytt.”

En tredje så også fordeler i det faktum at dette var noe som kommunen også kunne gjort av seg selv:

”Kanskje er det bra at dette er ting som kommunen kunne gjort av seg selv, da er det mye større muligheter for å videreføre det. Hadde det vært satt i gang ting som hadde vært alt for spesielt og aparte, så ville det aldri blitt videreført. Det som er nytt i *Kultur gir helse*, det er kontaktnettet, og det har vært helt avgjørende. Vi har fått noen nye og viktige koblingspunkter. Det er egentlig et kvalitetsstempel at dette er noe vi kunne gjort av oss selv. Men de kommunalt ansatte satt jo ikke med hendene i fanget og var arbeidsledige. Vi har nok å holde med, vi trengte denne prosjektlederen til å ta noen initiativ.”

Den andre typen kommentarer la vekt på det tverrsektorielle aspektet. Fordi den kommunale strukturen hadde hatt temmelig vanntette skott mellom etater og sektorer, var

det nødvendig med et prosjekt og et inngrep utenfra for å skape kontakt. *Kultur gir helse* hadde gitt grunnlag for en møteplass. Gjennom den nye møteplassen og de nye tverrgående kontaktene, var det kommet inn noen nye perspektiver:

”Det dreier seg jo ikke bare om konkrete tiltak, men også om at vi tenker annerledes, mer tverrsektorielt, og med mer vekt på frivillig sektor. Prosjektlederen har ikke bare igangsatt tiltak, men også fått oss til å tenke.”

Fra kulturetatens side ble det hevdet at *Kultur gir helse* hadde skapt nye muligheter fordi det var gitt en åpning for å gjøre ting sammen på en helt annen måte enn tidligere.

”Vi trengte *Kultur gir helse* for å få til dette. Vi i kommunen kunne nok jobbet fram noen av tiltakene, men det opplagt et behov for å sette det i perspektiv. *Kultur gir helse* har gitt muligheter for et spleiselag på en måte som var utenkelig før. Vi hadde ingen muligheter for å gå inn i de andres pengesekk. For eksempel det som er gjort for rusmisbrukerne - kulturkontoret ville ikke i det hele tatt se på dem som sin oppgave, og omsorgssektoren ville ikke tenke at de skulle bruke penger på kultur for misbrukerne. Gjennom *Kultur gir helse* fikk vi det til.”

*Kultur gir helse* -prosjektet i Karasjok viser oss altså at vi kanskje må utvide rammene noe når vi vurderer om tiltakene i et kommunalt prosjekt kanskje like gjerne kunne vært gjennomført som ordinær kommunal aktivitet. Det at noe er nytt og innovativt er ikke eneste brukbare kriterium i forhold til spørsmålet om dette er noe som kommunen like gjerne kunne gjort av seg selv. Og hva er det egentlig rimelig å forvente? En av informantene i Karasjok sa det slik:

”De kan jo ikke vente så mye fra sentralt hold når de ikke gir oss tiltaksmidler. De kan skylde seg sjøl. Hvor oppsiktsvekkende tiltak kan de egentlig vente at vi skal sette i gang uten penger?”

Men også tiltak som i og for seg ikke er verken oppsiktsvekkende eller innovative, kan være et resultat av at noen grenser er sprenget. I en kommune der det har vært lite samarbeid mellom etater og sektorer, kan et eksternt prosjekt virke til å løse opp, til å skape en møteplass og på den måten gir grunnlag for aktivitet og tiltak som på grunn av sin tverrgående karakter ellers ikke ville ha blitt til.

#### 5.6.4 Kommunen som medspiller eller motspiller

Det lokale grunnlaget for prosjektet i Karasjok ble lagt i søknadsprosessen. Prosjekt-søknaden liknet mye på en tidligere søknad som var sendt og innvilget på fylkesnivå om støtte til prosjektet “Levekår i omstilling”. Søknadsfristen ble opplevd som kort, men som en av informantene sa det, så hadde de en tjuvstart ved at de kunne bruke mye av det de hadde formulert i den tidligere søknaden. Og som vi har hørt i andre sammenhenger og for så vidt fått bekreftet i denne intervjurunden: Karasjok kommune har ord på seg for å være flinke til å skrive søknader, og kanskje mindre flinke til å gjennomføre de prosjektene som de får på denne måten. Flere av informantene var inne på at den sentrale bevilgningsvilje var stor i forhold til Karasjok, kanskje for stor. Og de innrømmet villig at kommunen nok hadde hatt enkelte mislykkede prosjekter som ikke var blitt fulgt opp.

I hvert fall gikk søknaden gjennom, og Norsk kulturråd hadde dermed godkjent og anerkjent et lokalt prosjekt med en noen annen tilnærming til kulturbegrepet enn de andre

lokale prosjektene. Søknaden tok utgangspunkt i samisk kultur og det faktum at Karasjok er en samisk kommune.

Ser vi på hvordan det gikk, virker det som om kommunen ikke gjorde så mye for å følge opp når prosjektet først var innvilget og prosjektleder ansatt. De som hadde formulert søknaden var skuffet over at de bare fikk lønnsmidler, og ingen økonomiske virkemidler til tiltak. Det var i det hele tatt mye som tyder på at kommunen ikke har vært noen enkel medspiller. Kanskje har denne litt passive og i beste fall avventende holdningen preget prosjektkonteksten hele veien. En av dem som var med på å formulere søknaden i 1996, sa det slik:

”Det satt ingen og ventet på prosjektlederen da hun kom. Det var ingen klare oppgaver som lå og ventet.”

Dette samsvarer for så vidt med prosjektleders egen beskrivelse av sin arbeidsdag den første tiden. Da vi hadde første samtale med henne i august 1998, uttrykte hun frustrasjon over det hun opplevde som manglende oppfølging og interesse fra kommunens side:

”Jeg kunne sittet og lest aviser hele dagen, og det var neppe noen som ville brydd seg. Både kulturetaten og helse- sosialetaten ser på prosjektet som noe som ligger litt på siden.”

Hun betraktet seg selv som en utnyttet ressurs, og noe som de andre i kommunene kanskje ikke visste helt hvordan de skulle forholde seg til. Hennes tolkning var at dette i hvert fall i en viss grad hadde sammenheng med den tverrsektorielle dimensjonen i prosjektet. Hennes løsning var å tilby seg og å påta seg oppgaver innenfor den kommunale strukturen for på den måten å bli involvert og kjent. Kommunen har som vi har sett heller ikke bidratt særlig mye økonomisk. Resultatet ble at mye tid gikk med til å skaffe økonomiske midler. Periodevis ble prosjektleders hverdag ble mer preget av å skaffe penger enn av å få brukt dem.

Mye tyder også på at styringsgruppen ikke ble den medspiller eller det støttepunkt den var ment å være. Her, som i så mange av de andre sidene ved prosjektet, var intensjonene gode nok, men oppfølgingen sto kanskje ikke helt i forhold. Inntrykket er at styringsgruppen ikke var noen drivkraft, til tross for et entydig mandat som vektla at de skulle vise engasjement, være ansvarlig for framdriften av og være med på å tilrettelegge for at prosjektene utviklet seg best mulig. Mandatet påla også styringsgruppen å gjennomføre en helhetsvurdering og utarbeide forslag til videreføring av positive erfaringer etter prosjektperioden.

Man kunne kanskje også tenkt seg at *Kultur gir helse* prosjektet i en samisk kommune kunne funnet seg andre medspillere, som for eksempel Sametinget. Men det var kanskje ikke så enkelt for et prosjekt som i utgangspunktet var kommunebasert.

Ser vi på forankringsprosessen, var planen å innlemme og videreføre aktiviteten gjennom Frivillighetssentralen. En sterk tilknytning til Frivillighetssentralen var foreslått allerede i prosjektsøknaden. Men da prosjektet kom i gang var også sentralen under oppstart. Først da den hadde funnet sin form, var det naturlig å realisere de tankene som lå i prosjektsøknaden. En slik tilknytning kan utvilsomt ha både sine positive og sine negative sider. Sentralen har en svært så entusiastisk leder, noe som er viktig fordi all erfaring tilsier at personfaktoren er viktig i slike sammenhenger. Spørsmålet er likevel om det å “sette bort” prosjektet til Frivillighetssentralen kan ha en negativ virkning i forhold til det kommunale engasjementet, som i grunnen var svakt nok fra før av.

---

Men lederen av Frivillighetssentralen var svært opptatt av de mulighetene som lå i frivillige organisasjoner. Hennes utgangspunkt var at kommunen har en uutnyttet ressurs i frivillig sektor, og hun hadde store forventninger til hvordan *Kultur gir helse* kunne endre dette. Kanskje kan noe av denne optimismen knyttes til det faktum at *Kultur gir helse* kan gi Frivillighetssentralen noen hardt tiltrengte økonomiske midler. Fra starten av slet sentralen med dårlig økonomi, både mht. drift og midler til aktivitet. Dette ble løst ved “gaver”, loddsalg, kaffe og vaffelsalg, foruten noen leieinntekter i forbindelse med møtevirksomhet. (Kilde: Sakspapirer sak P-3/99 i Prosjektgruppa)

Helt til slutt kan vi knytte det som skjer i *Kultur gir helse* i Karasjok til det som var Norsk kulturråds målsetting med satsingen, nemlig å «styrke lokalsamfunnets og kommunens innsats i det helsefremmende og forebyggende arbeidet med basis i lokalt kulturliv». Og ut i fra sine forutsetninger, er det vel er vel i og for seg akkurat det de har gjort i Karasjok?

## 6 Prosjekt, prosess og oppslutning

### 6.1 Lokale endringsprosjekter i etablerte strukturer

#### 6.1.1 Kultur som virkemiddel og endringsinstrument

Et kjennetegn ved forsøksprosjekter er at de vanligvis har klare mål, mandat og tidsavgrensning (Sæterdal 1990, Sahlin 1992, Søholt 1993). Prosjekter har ofte blitt brukt for å kunne håndtere uforutsigbare hendelser. En trenger fleksible organisasjoner for å håndtere omgivelser som endrer seg raskt. *Kultur gir helse* tilhører neppe en type forsøk som er nødvendiggjort av raske samfunnsendringer. De problemstillinger som forsøksprogrammet retter seg mot er vel kjente, og det har neppe skjedd brå endringer i samfunnet som spesielt aktualiserer en rask inngripen – nå. Selv om prosjekter ofte forbindes med noe midlertidig, har en viktig problemstilling i dette tilfellet vært hvordan en skal få til en varig *forankring* av dette arbeidet i kommuneorganisasjonen – etter forsøksperiodens slutt. Programmet bygger på en grunnleggende tro på at dette er ”bra” og at det derfor er et spørsmål om hvordan dette ”bra” skal videreføres etter prosjektperiodens slutt.

Kultur som virkemiddel i det helsefremmende, sykdomsforebyggende og rehabiliterende arbeidet, utgjør ikke et innsatsområde hvor statlige myndigheter skjærer igjennom ved å gjennomføre en reform, styre gjennom lovpålegg eller ved større enkeltbevilgninger. *Kultur gir helse* representerer et felt hvor staten bruker myke virkemidler for å generere endring og føyer seg inn i en forsøkstradisjon bestående av både nærmiljøforsøk og tidligere forsøksordninger innen forebyggende helsearbeid. Forsøksvirksomhet brukes ofte for å få til endring der hvor staten ikke har ønske, vilje eller evne til å gjennomføre gjennomgripende reformer. Tilførsel av kunnskap og inspirasjon gjennom konferanser og seminarer, oppfølging fra det statlige forsøksorgan og forsøkspenger til kommunene – representerer virkemidlene. Når forsøksperioden er over håper man at arbeidet føres videre i forsøkskommunene og at det spres til andre kommuner gjennom eksemplets makt.

#### 6.1.2 Mobilisering og forankring

Kommuneprosjektene dreier seg i stor grad om å *mobilisere* - i første rekke det kommunale tjenesteapparatet innen kultur og helse-sosialektoren og i noen grad frivillige organisasjoner - for å få til endringer i arbeidsmåter og prioriteringer. Viktige forutsetninger for å få til en slik mobilisering er at aktørene har *kunnskap, motivasjon og kapasitet* (Strand 1987). De må ha *kunnskap* om det temaet som det mobiliseres til. For at denne kunnskapen skal bli aktivisert kreves det *motivasjon*. Motivasjonen er avhengig av at aktørene oppfatter at de kan bruke det statlige initiativet til noe nyttig – enten for seg



selv, brukerne eller fellesskapet. Og for at denne kunnskapen og motivasjonen skal omsettes i handling kreves det *kapasitet* – i form av tid og evt. andre ressurser.

Mobilisering er et dynamisk begrep som leder tankene mot en prosess som pågår. Noe av hensikten med forsøk som *Kultur gir helse* er å mobilisere – både i dybden og bredden. Mobilisering i dybden går ut på å øke kunnskapen og engasjementet hos de involverte aktører slik at de stadig gjør mer av de ønskede aktiviteter. Mobilisering i bredden går ut på å trekke flere aktører inn i den ønskede virksomhet. Begrepet forankring leder tankene mer mot noe statisk – mot å ha et ankerfeste slik at ”skuta” ikke driver bort. Forankring går ut på å sikre nødvendige plattformer underveis i mobiliseringsprosessen slik at det man har vunnet sikres – og slik at man kan bygge videre på det. En kan da tenke seg forholdet mellom mobilisering og forankring på følgende måte: Mobilisering  $\Rightarrow$  forankring  $\Rightarrow$  mobilisering  $\Rightarrow$  forankring etc. Mobilisering og forankring er begge deler elementer i en og samme bevegelsesretning.

I et forsøk som *Kultur gir helse* er det to avgjørende forankringspunkter. Det er den innledende forankring ved forsøkets start og den avsluttende ved forsøkets avslutning. Dette kommer vi for øvrig tilbake til i kapittel 8.

Forutsetningen for å få til en utvikling må være at det er noen som synes at forsøkestemaet er interessant, som ønsker å gi denne type arbeid et visst handlingsrom i organisasjonen og som ønsker å bruke tid på det. Og da mener vi tid til å formidle og fordøye kunnskap, diskutere problemstillinger, målgrupper, drøfte strategier for hvordan en kan nå målgruppene. Skal man få til utvikling forutsettes det kommunikasjon. Uten noen form for diskusjoner og drøftinger, vil det neppe skje noen utvikling på denne type innsatsområde som berører ulike typer fagfolk, som trekker inn både offentlige og sivile aktører og hvor kunnskap om årsaks og virkningsforhold er usikre (Eriksen 1993). Da må eventuelt noen oppe i systemet ”skjære gjennom” og pålegge underordnede å gjennomføre det som besluttes. Hvis slike pålegg ikke sammenfaller med de underordnedes interesser blir det ofte svært konfliktfyllt, og underordnede kan som regel obstruere denne type styring. Frontlinjepersonalet, ”the street level bureaucrats”, har makt til å definere innholdet i arbeidet (Lipsky 1980). Lokalt helsefremmende arbeid har størst sjanser for å lykkes der hvor de berørte aktører føler de har et eierskap til arbeidet (Thompson og Kinne 1990).

Det ideelle i forsøksprosessen er at virksomheten allerede har en forankring i utgangspunktet – som gir legitimitet og handlingsrom for utviklingsarbeidet. Noen lokale prosjekter hadde en slik forankring i utgangspunktet. Levanger og Uranienborg-Majorstuen hadde det, Førde og Tinn hadde det. Det var derfor de ble plukket ut som forsøksprosjekter. Som vi kommer tilbake til i kapittel 8, er det her en viktig forskjell på departementets og Kulturrådets utvelgelsesprosesser. I alle fall medførte denne oppslutningen og tilslutningen fra starten av at prosjektlederne ble mindre alene. De hadde flere andre aktører å spille på.

Forsøksprosessen kan deretter tenkes som en gradvis mobilisering i dybden og i bredden fram mot forsøkets slutt hvor det man har oppnådd på nytt sikres. Dette blir igjen en plattform for videre arbeid. Den idéelle forsøksprosess består i at en legger stein på stein – og hvor en stadig sikrer at byggeverket består og ikke brytes ned.

I virkeligheten skjer jo ikke prosesser på denne måte. Noen prosjekter har ikke noen forankring i utgangspunktet – selv om den statlige forsøksforvalteren har forsøkt å sikre seg dette når prosjektkommunene ble valgt ut. I enkelte kommuner har en måttet bruke hele prosjektperioden for å få til den nødvendige oppslutning for i det hele tatt å komme i

gang, for å komme dit hvor enkelte kommuner var da forsøksprosessen startet. Andre kommuner kommer i gang, men dreier arbeidet gradvis i en annen retning. I andre kommuner igjen faller grunnmuren sammen slik at prosessen reverseres.

I dette kapitlet skal vi drøfte rollen til ulike aktørgrupper i denne mobiliserings- og oppslutningsprosessen. Hvem bidrar til at man får til en prosess som går i den ønskede retning? Hvor viktige er bidraget fra de ulike aktører? Hva kan forklare at prosessen beveger seg framover, reverseres eller dreies? Vi skal drøfte rollen til politikere, prosjektleder og ledere/fagfolk, og til dels samspillet mellom ulike aktører. Men aktørenes handlinger og samhandling skjer ikke i et vakuum. *Strukturelle forhold i og utenfor kommuneorganisasjonen påvirker handlinger og samhandling*. Strukturelle rammer som er der uavhengig av forsøksprosjektet påvirker iverksettelsesprosessen gjennom hvordan aktørene oppfatter disse rammene, handler i forhold til dem og hvordan aktører samhandler seg i mellom<sup>38</sup> (Silverman 1979). Gjennom slik handling og samhandling kan også de strukturelle forholdene gradvis endres (Berger og Luckman 1967).

## 6.2 Oppslutning fra politikerne

### 6.2.1 Politiske medspillere og motspillere

Det er eit særkjenne ved kommunar at dei er politiske institusjonar. Uten politikken eksisterer ikkje kommunar. Uten politikarar – ingen kommunar. Kommunane er kommunar fordi dei er styrde av folkevalgte representantar for innbyggjarane. (Offerdal 1992:8).

Vi begynner denne drøftingen av oppslutningen om *Kultur gir helse* med politikernes rolle. Dette fordi en kommune pr. definisjon er en politisk institusjon hvor politikerne kan sette rammer for eller gripe direkte inn i nesten ethvert arbeid. De prioriteringer og de vedtak politikerne gjør har konsekvenser for arbeidet overfor målgruppene. Nødvendigheten av politikernes deltakelse uttrykkes ofte fra de statlige forsøksforvaltere med at ”arbeidet må forankres politisk”.

I eksempelkommunene vi har presentert har politikerne hatt en varierende grad av deltakelse i forsøksperioden. I Karasjok og Førde har de vært ganske perifere. I Karasjok var dette bare et prosjekt blant flere, og i Førde hadde de tillit til at forsøksvirksomheten var godt ivarettatt av etatsjefene og prosjektleder, og har verken vist spesielt engasjement eller blandet seg inn i arbeidet. Fra Arendal uttrykker ordfører at han selv og de to politikere i styringsgruppa har vist engasjement, men at arbeidet for øvrig har hatt lav politisk prestisje. I Levanger har ordfører vært særlig aktiv, men ikke så mange av de andre politikerne. Tinn er trolig det prosjektet hvor arbeidet var best politisk forankret – i betydning at her var et flest ”tunge politikere<sup>39</sup>” som engasjerte seg i arbeidet og tok aktiv del i styringen av utviklingsarbeidet.

<sup>38</sup> I en innledende fase av dette evalueringsarbeidet tenkte vi oss at vi skulle presentere et eget kontekstkapittel – hvor vi redegjorde for de viktigste rammene som påvirket dette arbeidet. Vi ser nå at disse ytre rammene, strukturelle forholdene, ikke bør behandles uavhengig av aktørenes definisjoner og deres samhandling. De viktigste rammer for arbeidet er slike som aktørene tematiserer og forholder seg aktivt til.

<sup>39</sup> I denne kategorien politikere hører ordfører, varaordfører, formannskapsmedlemmer, gruppeledere og hovedutvalgsledere.

Gjennom kontakt og intervjuer med om lag halvparten av prosjektlederne har vi fått inntrykk av at *Kultur gir helse* jevnt over ikke har vært et politisk prioritert felt. Politikerne har nok vært velvillige, men ikke spesielt engasjerte.

Det er ikke sikkert at aktiv oppslutning fra politikernes side har vært spesielt viktig for å gjennomføre selve forsøksarbeidet. På grunn av den statlige støtten har det ikke trengt å koste kommunene noe særlig slik at det ikke har vært nødvendig med spesielle politiske prioriteringer. Vi har jo til og med vist eksempler på en kommune som hadde som en uttrykkelig forutsetning for å bli med at det ikke skulle koste kommunen noe, mens andre kommuner har hatt det som en implisitt forutsetning<sup>40</sup>. Der hvor arbeidet har hatt oppslutning fra den administrative ledelsen, har det strengt tatt ikke vært nødvendig med særlig politisk engasjement for å gjennomføre forsøksprosessen på en ”rimelig god” måte. Arbeidet har ikke vært politisk omstridt. Siden politikernes kapasitet til å engasjere seg på de enkelte saksområder er begrenset, er det neppe overraskende at politikere har vært perifere de fleste steder under forsøksperioden. Forsøket har ikke forutsatt noen politisk forankring i utgangspunktet. Politisk forankring er mer en ønsket effekt av forsøket enn en forutsetning for det.

## 6.2.2 Kan politisk engasjement bli sand i forsøksmaskineriet?

Vi har i kapittel 5 gitt en presentasjon av prosjektet i Tinn hvor forsøket var godt politisk forankret – og hvor forsøksarbeidet ble spesielt vanskelig. Kan det være slik at politikernes deltakelse fører til at de strør sand i maskineriet og at en politisk forankring faktisk kan vanskeliggjøre denne type forebyggende helsearbeid?

Vi skal bruke plass på en litt mer prinsipiell drøfting av hva Tinn-eksemplet sier oss.

En av iverksettelseslitteraturens mest siterte artikler av van Meter og Horn (1975) understreker betydningen av at vellykket endring forutsetter enighet om mål. En kan lett se at i verksettelsesproblemer i Tinn har sammenheng med at politikere ønsket en bredere samfunnsstrategi og fagfolkene en smalere målgruppestrategi. Politikerne tok styring med prosjektet for å sikre at deres strategi ble fulgt – med det resultat at iverksetterne i helse-etaten mistet interessen og at kulturetaten ikke opparbeidet særlig interesse. Arbeidet ble politisk forankret noe som førte til at den administrative forankringen glapp. Iverksettingen ble i stor grad overlatt til en ung prosjektleder som sto og stanget uten å ha noe særlig kommunalt apparat å spille på.

Hvis vi vurderer Tinns måloppnåelse utfra mål om å få iverksatt kultur- og aktivitetstiltak som har en helsefremmende eller forebyggende effekt, er en rimelig konklusjon at kommunen ikke lyktes. Dette skyldes politisk inngripen og fagfolkenes reaksjoner på denne inngripen. Der kunne godt vår analyse ha stoppet.

Men kanskje det er urimelig å betrakte det på denne måten. Et alternativ vil være å forstå hvorfor politikere grep inn og overtok styringen og forsøke å forstå rasjonaliteten i det – og vurdere resultatene etter det *de* ønsket å oppnå. Eksemplet Tinn er trolig en god illustrasjon på den ivoende spenningen mellom et *sektorprinsipp* på den ene siden og et

<sup>40</sup> Vi har blitt fortalt at i en kommune (som ikke er en av våre eksempelkommuner) forsøkte kommuneledelsen å belaste forsøksmidlene for den tidsbruk som kommunale ledere nedla på møter i styringsgruppa. Kommunen brukte kun halvdel av forsøksmidlene på en deltids prosjektlederstilling. Resten forsøkte de å saldere lederens tidsbruk med.

*områdeprinsipp* innen miljørettet helsevern og sykdomsforebyggende arbeid. Skillet mellom disse to prinsippene beskrev vi i kapittel 1.4.

Utviklingsarbeidet i Tinn var først utformet utfra sektorprinsippet. Det var kommunens helseetat, kommunepsykiatrien og en medisinsk forsker som ledet an i å definere både problem og løsninger. Det er ikke tvil om at de pekte på grupper som var i en vanskelig situasjon og hvor en naturlig følge av undersøkelsen var at en burde sette inn forebyggende ressurser mot de utpekte gruppene. Dette var den faglige rasjonalitet. Men sett fra ledende politikernes side, den politiske posisjon, aktualiserte denne faglige rasjonalitet en annen og konkurrerende rasjonalitet. Kommunediagnosen, de påfølgende faglige kommentarer til den og utpeking av to marginaliserte målgrupper, kunne støtte opp under et bilde som de ledende politikere forsøkte å vaske av stedet. Dette var ”spøkelsesby-bildet” hvor de ressurssterke hadde flyttet ut og hvor de ressursvake og deprimerede var tilbake. Slike bilder kan fungere som selvpoppfyllende profetier. Når potensielle nærings-etablerere og fagfolk som kanskje kan tenke seg å flytte til kommunen, får presentert et slikt bilde, kan det påvirke deres flytteplaner og derved bidra til å sementere en skjev sammensetning av befolkningen.

Norske kommuner konkurrerer om næringsetablerere, fagfolk og de gode skattebetalere – og om å unngå de som bidrar med større utgifter enn inntekter (Bjørge og Carlsson 1999). De er derfor sårbare for hvordan de presenteres i offentligheten. Kommunediagnosen, de utplukkede målgrupper og mediapresentasjon, kunne bidra til å forsterke et uønsket ”lokalsamfunnsimage”. Dette var en viktig grunn til at politikere tok over styringen for å sørge for at forsøksarbeidet ble vinklet mot ”brede grupper” hvor arbeidet fikk en mer positiv vinkling. Dette var den politiske rasjonalitet.

Politikernes mål ble annerledes enn fagfolkens mål, og annerledes enn målene for forsøksvirksomheten, spesielt sett fra Sosial og helsedepartementets side som ønsket en vinkling mot marginaliserte grupper. Politikernes inngripen reflekterte deres ansvar for å tenke ”hele lokalsamfunnet”. De må vurdere hvilke konsekvenser og sideeffekter faglige baserte handlinger *kan* få på andre områder i lokalsamfunnet (Offerdal 1992). Politikernes inngripen hadde ikke som intensjon å vanskeliggjøre utviklingsarbeidet, men den fikk det som en sidevirkning gjennom de reaksjoner politikernes inngripen fikk hos nøkkelaktører i kommuneadministrasjonen. Det skjedde et samspill mellom politikere og fagfolkene som gjorde forsøksvirksomheten vanskelig.

*En kan kanskje si at politikernes strødde sand i forsøksmaskineriet – men det var fordi de fryktet at forsøksvirksomheten strødde sand i lokalsamfunnsmaskineriet. Eksemplet fra Tinn er et meget illustrerende eksempel på den konflikten som Røyseland beskriver mellom sektorprinsipp og et områdeprinsipp i forebyggende helsearbeid. Både fagfolk og politikere handlet rasjonelt, men utfra ulike rasjonaliteter.*

### 6.2.3 Økonomiske rammebetingelser og politisk forankring

Noe av problemet med å evaluere statlig forsøksvirksomhet er at evalueringsforskerne sjelden får anledning til å studere hvordan forsøksvirksomheten forankres i etterkant av forsøksperioden. Dette er et problem også når det gjelder evalueringen av *Kultur gir helse* hvor evalueringsrapporten skal foreligge kort tid etter forsøksperiodens utløp. Om en får til varige endringer i arbeidsformer og endringer i ressursmessige prioriteringer, vil en først kunne avlese i årene etter at forsøket er ferdig. I noen grad kan en nok avlese endrede prioriteringer umiddelbart – for eksempel i form av øremerkede poster på budsjettene. Men det er ikke så ofte at dette skjer før prosjektperioden er ferdig.

I sluttrapportene fra kommuneprosjektene går det ofte igjen at *Kultur gir helse* har fått en plass i kommuneplanen eller sektorplaner – som en indikator på at arbeidet er forankret. Dette kan være et uttrykk for at politikerne vil prioritere innsatsområde, med andre ord et uttrykk for en forankring. Men det kan også være det motsatte – et uttrykk for at man ikke vil prioritere innsatsområdet. I de tilfeller hvor en ikke kan prioritere et godt formål eller tiltak, kan en gi symbolsk uttrykk for at en synes det er viktig (Brunsson 1988, Brunsson og Olsen 1990). Norsk planforskning viser at det ofte er stor avstand mellom plan og handling (Kleven 1990). Hvis en skal undersøke om en forsøksvirksomhet blir politisk forankret må en vente en tid for å se om forsøket får mer varige virkninger. Å studere plandokumenter gir neppe særlig kunnskap om forankringen.

Vi har tidligere understreket at *Kultur gir helse* ikke har stilt kommunene overfor særlige prioritetsproblemer i selve forsøksperioden. Politikerne har ikke blitt utfordret. Men mot slutten av forsøksperioden har vi sett enkelte steder at politikerne har gjort vedtak som innebærer at aktiviteter overfor svake grupper blir nedprioritert.

Kommunens økonomiske rammebetingelser, sett i sammenheng med oppgavene, og det forventningspress kommunene er utsatt for fra borgere og brukere, legger sterke føringer på politikerne. Det blir vanskelig å prioritere kultur- og aktivitetstiltak overfor svake grupper. Til og med i Levanger hvor arbeidet hadde størst prestisje og var best forankret, gjøres det prioriteringer som klart vil gå utover aktivitetstilbudet.

En problemstilling som politikerne i Levanger – og trolig andre steder - står overfor er om det er rimelig å bruke omsorgsavdelingens ressurser på kultur og aktiviteter for marginaliserte grupper når man ikke er i stand til å dekke folks primærbehov. Politikerne er neppe i tvil om at aktiviteter og kultur for ensomme og/eller pleietrengende eldre gir livet mening og at det kan føre bedre livskvalitet. Men det krever arbeid fra omsorgspersonalet å motivere og legge til rette for aktiviteter for de eldre. Samtidig har de fleste kommuner en kø av pleietrengende som ikke får dekket sine primære behov for praktisk hjelp og stell og som trolig har en dårlig livskvalitet. Problemstillingen er om en skal bruke ressurser for å gi mange en noe bedre livskvalitet gjennom aktivisering på bekostning av noen få som blir sittende igjen med en svært dårlig livskvalitet. Dette er et spørsmål verken fagfolk eller forskere kan gi noe svar på. Dette er et politisk spørsmål – og det er denne problemstillingen politikerne står oppe i.

I en pleie- og omsorgssektor som er hardt presset nedenfra av pleietrengende i kø og ovenfra fra sykehusene gjennom deres utskrivingspraksis, blir spillerommet for å ivareta mer kvalitative menneskelige behov stadig blir mindre. Å legge til rette for aktiviteter og kulturopplevelser for hjemmeboende og ensomme eldre – krever faktisk en del arbeid fra de ansattes side. Dette forutsetter selvsagt at de ansatte har kunnskap og motivasjon, men dette hjelper lite hvis de ikke har kapasitet til å omsette denne kunnskap og motivasjon i handling – noe også erfaringene fra Førde viste.

Vi viste også i kapittel 5 at Levanger har gjort betydelige kutt i kulturektorens budsjett. Kulturektors kapasitet til å komme marginaliserte grupper i møte vil ganske sikkert bli redusert. Det er mange grunner til at en kommune som Levanger må kutte sine budsjetter. En av flere årsaker er at kommunen har et desentralisert og dyrt tjenestetilbud. I valget mellom et desentralisert skole og omsorgstilbud i form av små enheter der hvor folk bor, og en kulturektor som blant annet har kapasitet til å betjene både den allmene befolkning og komme marginaliserte grupper i møte, ser det ved inngangen til år 2000 til at det desentraliserte tilbudet prioriteres. Dette er en igjen en type prioritering som er politisk i sin natur.

En årsak til at vi har trukket fram Levanger i dette kapitlet, er for å vise at selv i en kommune hvor arbeidet har den mest solide forankring da forsøksperioden startet, hvor selve forsøket må karakteriseres som vellykket, hvor forsøksvirksomheten har bidratt til å kaste glans over kommunen – selv der gjør kommunen prioriteringer som vil sette arbeidet tilbake. Dette sier litt om hvor sterke de økonomiske føringer er, og hvor vanskelig det politisk er å prioritere kommunale ressurser til kultur- og aktivitetstiltak for svake grupper – i konkurranse med alle de andre utfordringer kommunene står overfor.

Sett ut i fra sektorprinsippet – med utgangspunkt i fagdepartement, i fagprofesjonene i helse- og kultursektor, er det ikke vanskelig å se at øremerkede bevilgninger til et formål som *Kultur gir helse*, vil være å foretrekke. Ut i fra områdeprinsippet dvs. fra politikere som må forholde seg til en uendelig rekke med behov som må avveies i forhold til hverandre, vil det trolig være å foretrekke at man har frihet til selv å velge hvor ressurser skal settes inn. Det er ikke vanskelig å se at et eventuelt forslag om øremerking av penger til dette formålet – for eksempel fra Sosial- og helsedepartementets side, vil skape sterke reaksjoner fra det nasjonale uttrykk for områdeprinsippet, Kommunenes Sentralforbund.

## 6.3 Prosjektlederrollen

### 6.3.1 Å lede uten styrings- og instruksjonsmyndighet

*Kultur gir helse* som forsøksprosjekt ute i kommunene ble i stor grad bygget opp rundt en person – en prosjektleder. Forsøksmidlene ble jo nettopp øremerket til en prosjektleder som ble et hovedinstrument for å få til bevegelse i apparatet, eller forsterke en bevegelse som allerede var der. Som det går fram av ordet prosjektleder, dreier dette seg om ledelse. Men i motsetning til andre lederroller i kommunal forvaltning var ikke prosjektlederne i *Kultur gir helse* utstyrt med instruksjonsmyndighet over andre. Deres jobb har vært å skape motivasjon for ”frivillig” endring av praksis (jf. Søholt 1993). Dette betyr selvsagt at hva som skjer i prosjektet er avhengig av prosjektleders kunnskap, erfaring og innstilling – og de strategier prosjektlederen velger å bruke for å få oppslutning. Men prosjektleders handlinger er selvsagt også avhengig av den kontekst og de rammer de må operere innenfor. Konteksten gir et mulighetsrom for prosjektleder, mens personlige egenskaper spiller en viktig rolle når det gjelder evnen til å utnytte dette mulighetsrommet.

Er det mulig på bakgrunn av forsøksvirksomheten å si noe om hvilke egenskaper en prosjektleder bør ha for å skape oppslutning på dette feltet? Hva skal til for at prosjektlederen skal generere endringsprosesser og få til oppslutning og en mer varig forankring? Hva bidrar til å gjøre arbeidet vanskelig? Hvor personavhengig er denne type arbeid? Hvordan kan en evt. velge de rette personene? Dette er ikke bare et spørsmål i forhold til en avgrenset prosjektperiode. Det er også et relevant spørsmål når det gjelder videreføring av dette arbeidet. Å etablere en koordinatorstilling – som har de fleste av prosjektleders funksjoner – kan være et alternativ når det gjelder en videreføring.

### 6.3.2 Prosjektleders handlingsrom

Prosjektleder må forholde seg til en rekke ytre rammer, som geografiske, økonomiske, organisatoriske og kulturelle forhold. Dette er ikke noe nytt – og det trenger vi neppe utdype noe særlig. Men en del av prosjektleders handlingsrom defineres i selve pro-

sjektet. Vi viste hvordan mulighetsrommet i Tinn faktisk ble begrenset fordi politikerne utvidet prosjektet til å dreie seg om generelle tiltak – og utelukket mer eller mindre målgruppeorienterte tiltak. Kommunen var liten og det var ikke så mye ressurser å spille på i lokalsamfunnet. Arendal derimot er en stor kommune hvor det er mange potensielle offentlige instanser, frivillige organisasjoner eller enkeltpersoner som enten har noe på gang, eller som en lett kan mobilisere til tiltak innen rammen av *Kultur gir helse*. Her hadde kommunen i tillegg valgt en vid ramme for prosjektet. Det innbefattet både generelle nærmiljøtiltak for brede grupper og tiltak overfor marginaliserte grupper. Mulighetsrommet for prosjektleder ble stort, men det ble begrenset av at det ikke fantes frie midler. Mulighetsrommet i Levanger, og Uranienborg-Majorstuen var enda større fordi befolkningsgrunnlaget var ganske stort, strategien omfattet både brede og smale grupper, i tillegg til at en hadde mye frie midler. De valgte en ”la alle blomster-blomstrestrategi” og hadde godt med gjødsel. Frie og ubundne midler stimulerer kreativitet (Moss Kanter 1983) og letter iverksetting av nye tiltak (Sabatier og Mazmanian 1983).

Det er derfor ikke så rart at rammene for prosjektlederne var forskjellig – og således også deres mulighet til å framstå som vellykkede i jobben. Statlige forsøksprosjekter er i en viss forstand norske mesterskap innen sin forsøksgren. På prosjektsamlinger møtes prosjektlederne og sammenligner resultater. Siden resultatene vanskelig kan måles i helsemessige eller økonomiske termer, blir sammenligningsgrunnlaget ”hva de har fått til”. Og ”hva de har fått til” av tiltak og delprosjekter avhenger i sterk grad av kontekst, målgrupper og mulighetsrommet.

Men hva en har fått til er selvsagt ikke uavhengig av prosjektleders personlige egenskaper, kunnskap og erfaring og hvilke aspekter ved prosjektlederrollen de har lagt vekt på. Vi skal nedenunder presentere hvilke aspekter ved rolleatferden vi mener har vært av betydning i de prosjektene vi har studert. Vi tror det er viktig å trekke fram disse rolleaspektene for å vise at prosjektleder eller koordinatorrollen på dette feltet dreier seg om noe langt mer enn personlige og menneskelige egenskaper, men at det dreier seg om tilnærminger og arbeidsmetoder som flere kan lære og utvikle.

### 6.3.3 Rolleatferd og oppgaver

Det finnes kjente typologier over lederroller som for eksempel Adizes (1980) inndeling i produsent, administrator, entreprenør og integrator, som vi kunne ha tilordnet rolleatferden til prosjektlederne til. Vi tror allikevel at vi skal gå mer induktivt til verks – og forsøke å finne andre måter å dele opp rolleatferden til prosjektlederne utfra hva prosjektlederne i *Kultur gir helse-prosjektene* faktisk har gjort. Hva har de gjort for å skape oppslutning og motivasjon og hvilke egenskaper og rammebetingelser har vært forutsetninger for dette? Vi skal nedenunder peke ut 6 aspekter ved rolleatferden. Det betyr ikke at alle prosjektlederne har ivaretatt alle disse aspektene – slett ikke. Og hvordan de har vektlagt de ulike rollene varierer.

#### 1. Administratoren

Prosjektledelse innebærer en god del administrative oppgaver som innkalling til og referatskriving fra styrings- og evt. referansegruppemøte. Selve forsøksprosjektet fordrer rapportering til oppdragsgiver. Flere av prosjektlederne har fått saksbehandlerfunksjoner i forhold til enten forsøksmidler eller evt. andre budsjettposter i kommunene som kan brukes til formålet, de har fått oppgaver som å skrive søknader i forhold til støtteordninger på fylkes- eller statsnivå. I noen grad representerer dette et administrativt rutinearbeid, men noen av oppgavene (eks. saksbehandling og rapportskriving til

Kulturrådet/Sosialdepartementet, søknadsskriving) forutsetter også en viss grad av faglighet. Alle prosjektlederne har hatt slike oppgaver. Og vi kjenner ikke til at utførelsen av disse oppgavene har sviktet. Hvis denne type oppgaver svikter vet vi av erfaring at det kan skape mye frustrasjon, og sette mye annet av det positive utviklingsarbeidet i skyggen (Carlsson 1991). I kommuner med en liten prosjektlederressurs – som for eksempel i Førde med kun 1/3-prosjektlederstilling – vil en betydelig del av prosjektlederfunksjonen gå med til denne type basisfunksjoner. Der hvor det for øvrig er mye dynamikk i kommune og sivilsamfunn, kan det å ivareta en slik basisfunksjon være en tilstrekkelig forutsetning for et vellykket prosjekt.

Vi kjenner allikevel til eksempler på at prosjektledere ikke har hatt den helt store legning for dette administrative arbeidet, eller at de har gjort så mye bra på andre felter, at andre i kommunen har ivare tatt denne administrative basisfunksjon. Det viktige er at denne basisfunksjonen ivaretas. Det er ikke så viktig hvem som utfører den.

## 2. Fagformidleren

Blant prosjektlederne er det flere som har en ”tung” faglig bakgrunn – og som har bidratt til å gjøre faglig kunnskap tilgjengelig for andre i kommunen. I noen av kommunene har ”nye” fagfolk i skjæringsfeltet mellom kultur og helse fått anledning til å utfolde seg og formidle ”nye” fag som uttrykksterapi og musikkterapi. Vi viste med henvisning til Arendal hvordan en slik formidling av nye innfallsvinkler og ferdigheter til en psykiatrisk sykepleier bidro til å utvide hennes faglige repertoar. Kunnskapen var spesielt nyttig fordi den var komplementær til den mer tradisjonelle kunnskap innen psykiatrien.

At prosjektlederen har faglig kunnskap å formidle om kultur og helse, og at vedkommende er i stand til å formidle kunnskapen videre, er neppe noen forutsetning for et vellykket prosjektarbeid. Det finnes også alternative måter å trekke inn fagkompetanse på – både internt i egen kommune og eksternt fra.

Det hører med til denne fagformidlerrollen at man også skal formidle kunnskap til ikke-profesjonelle. For ikke å skape avstand blir det viktig å kunne ”oversette” faglig stoff slik at vanlige legfolk forstår innholdet. Kommunelege/prosjektleder i Levanger har for eksempel vært veldig bevisst på en slik formidlingsfunksjon.

## 3. Dialog-tilretteleggeren

Kultur og helse-satsingen forutsetter en tverrfaglig tilnærming – fordi feltet innbefatter en rekke profesjoner. Tverrfaglighet innebærer en koordinering av fag og spesialiteter på grunnlag av en felles forståelse. Denne felles forståelse utvikles gjennom kommunikasjon – dialog og drøftinger - mennesker i mellom (Lauvås og Lauvås 1994). Tverrfaglig kommunikasjon og også kommunikasjon på tvers av skillete fag og politikk og over skillete offentlig og frivillig, forutsetter arenaer for kommunikasjon. Det må finnes noen arenaer hvor de aktuelle fagpersoner har mulighet for å delta, og som synes så faglig givende at de ønsker å delta. For å få til en god dialog må deltakerne ha mulighet til å delta aktivt i diskusjonen, noe som ofte forutsetter at en må dempe de som har lett for å dominere forsamlingen. Det må være noen som sørger for at sentrale spilleregler følges og som kan lede og avklare diskusjonen fram mot en konklusjon (Eriksen 1993).

Vi har vært inne på at særlig Uranienborg-Majorstuen og Levanger hadde en rekke fora for dialog, både formelle og uformelle. De formelle foraene ble vanligvis ledet av en av prosjektlederne som var dyktig i å føre en slik diskusjon fram mot konklusjoner eller avklaringer. En forutsetning for at en prosjektleder skal ha en slik funksjon er erfaring og trygghet – og en posisjon i kommunen. Og det fordrer trolig også kunnskap om de temaer



som drøftes – nettopp for å kunne trekke sammen diskusjonen, avklare enighet og uenighet, og foreslå konklusjoner. Det trenger ikke være prosjektleder som har denne funksjonen som dialog-tilrettelegger. Poenget er at noen bør kunne inneha en slik funksjon og ”drive” diskusjonene framover.

Spesielt i de kommuner som ønsker å drive et utviklingsarbeid på dette feltet – uten noen øremerket prosjektlederfunksjon – er det viktig at noen har de nødvendige ferdigheter og interesse til å ta denne funksjonen.

En viktig forutsetning for at slike formelle drøftings-arenaer skal oppfattes som interessante, må være at temaet har en slik bredde at profesjonene føler at de kan bruke tid på drøftingene. En årsak til at man fikk dette til i Levanger var at *Kultur gir helse*-prosjektet ble ”alle prosjektets mor” – det ble en paraply for helsefremmende og forebyggende arbeid. Blir arbeidet definert for snevert, vil en neppe ikke klare å opprettholde slike arenaer.

#### 4. Nettverksbygger, inspirator og kobler – ”entreprenørfunksjonen”.

Å skape oppslutning om nye idéer, samt drøfte strategier og mer konkrete tiltak for å virkeliggjøre idéene, forutsetter som nevnt ovenfor dialog og drøftinger. Slike drøftinger skjer ikke bare på formelle arenaer. Ofte vil uformelle arenaer være minst like viktig. Å ha tilgang på - eller skaffe seg tilgang til - nøkkelpersoner i lokalsamfunnet som kan tenne på et perspektiv og som har ressurser å bidra med, er en utvilsom fordel i denne type utviklingsarbeid. Den uformelle samtale er viktig både for å overbevise eller overtale, utveksle synspunkter – og ikke minst for å drøfte strategi og taktikk. Å foreslå og utvikle konkrete delprosjekter krever ofte mye taktikk-diskusjon om hvordan en skal gå videre, hvem en skal bearbeide for å få til det eller det. Og slike taktikk-diskusjoner egner seg ikke alltid for de åpne og formelle drøftingsmøtene vi har nevnt ovenfor. Slike uformelle arenaer kan være lunsjpausen i rådhuskantina, på den lokale puben på fredagskvelden, i festlig privat lag, langs sidelinja på fotballbanen når ungene spiller fotballkamp, for å nevne noen eksempler. Skal prosjektleder kunne slå av en prat på slike arenaer er det absolutt fordel å kjenne vedkommende som bør informeres, overtales eller bearbeides. Kjennskap og vennskap åpner dører. Å ha et nettverk til å informere, drøfte, begeistre og handle igjennom er fordelaktig i nesten alt ikke-teknologisk utviklingsarbeid. Dette gjelder utviklingsarbeid i næringslivet (Moss Kanter 1983), på topp statlig nivå (Pettersen 1989) og i kommunene (Carlsson 1992).

Mange av de lokale prosjektlederne har hatt et stort og omfangsrikt nettverk – i kommuneorganisasjon og sivilsamfunnet. Et godt eksempel på dette er prosjektleder i Sunndal som har jobbet flere år i kommunens helse- og sosialetat hvor hun kjenner de fleste. Hun er gift med en sentral fagperson i kulturetaten. De er begge oppvokst på stedet – og har et stort nettverk av venner og kjente som befinner seg i nøkkelposisjoner i frivillig foreningsliv, politikk og næringsliv. I Levanger – som er omtrent dobbelt så stor som Sunndal – har en to prosjektledere. En med mangeårig fartstid både som kommunelege og bedriftslege i kommunens største industribedrift, som er aktiv i sitt eget nærmiljø og som til og med er politisk aktiv. Den andre prosjektleder har i en årrekke spilt en nøkkelrolle i kommunens frivillige kulturliv, har arbeidet i den kommunale musikk- og kulturskolen og i fylkets kulturadministrasjon. De representerer det som Repstad (1998) kaller for *kombinertløpere* – som har en rolleforankring i både det offentlige og det frivillige. Dette bidrar til å skape legitimitet og tillit hos samarbeidspartnere – og det har gitt et stort nettverk å samhandle i. Til sammen er det knapt en eneste relevant politiker, fagperson i kommunen, på sentralsykehuset, i fylkets helse- og kulturadministrasjon eller på den lokale høyskole som de ikke kjenner. Hvis en i detalj hadde studert kommunika-

sjonen rundt HELKUL-prosjektet i Levanger ville en ikke bare ha sett aktiviteten på de formelle arenaene, men en enorm mengde uformelle drøftinger i og utenfor arbeidstida.

Ikke bare har disse aktørene et nettverk, men de har også brukt det. Et slikt nettverk har selvsagt kun verdi hvis aktørene vet å bruke det og at de har nødvendig sosial kompetanse slik at de kan balansere mellom å overbevise og begeistre uten å bli påtrengende eller slitsom. Da kan dørene risikere å slå igjen. Her kommer *kombinertløpererfaringen* inn. De kombinertløpere som representerer det kommunale systemet vil ofte kunne vite hvor de usynlige grenser går i forhold til samhandlingspartnere.

Nettverk gir gjerne tillit, det åpner dører og skaper arenaer for uformelle drøftinger. Et unntak kan være i konfliktfylte lokalsamfunn eller kommuneadministrasjoner hvis prosjektleder har vært eller er en del av en konflikt som splitter det sosiale systemet. Å ha vært del av slike konflikter kan avskjære en fra kontakt til viktige nøkkelpersoner. I noen prosjektkommuner kan det nok være en fordel med blanke ark, men vi tror dette er unntakene.

For prosjektledere som ønsker å få til noe uten å ha nettverksgrunnlag, blir det viktig å forsøke å skaffe seg kontakter og allianser som de kan begeistre og handle igjennom. Prosjektlederne i Arendal og Søndre Land er eksempler på entreprenører som ikke hadde så mange kontakter å spille på i utgangspunktet, men som bevisst og energisk skaffet seg slike kontakter. Begge to bedrev oppsøkende arbeid i forhold til mulige samarbeidspartnere. Prosjektledere som ikke har et stort nettverk i utgangspunktet og som har hatt begrenset evne eller vilje til å bygge det opp – vil oppleve at et utviklingsarbeid som dette går tungt. Det finnes også eksempler på denne type prosjektledere i ”prosjektparken”.

Prosjektledere som har hatt lett tilgang på ubundne stimuleringsmidler – som de har kunne gjødsle mulige prosjektspirer med, har trolig hatt lettere for å bygge nettverk. Å ha noe å tilby inn i et potensielt samarbeid er utvilsomt en fordel.

## 5. Veilederen

Veilederrollen har vi omtalt i kapittel 5.3 om Arendal. Her ga prosjektleder *veiledning* på det rent personlige planet til delprosjektledere som hun ønsket å ”bygge opp” slik at det videre arbeidet ble forankret hos disse. Hun forsøkte å få fram sterke og svake sider hos delprosjektlederne, og gikk aktivt inn for å styrke de svake. I dette feltet finnes det sikkert mange fallgruver, hvor en prosjektleder lett kan komme trampende inn i andre menneskers private innerste, men dette skjedde ikke i Arendal. Å drive slik personlig veiledning er neppe å anbefale for dem som ikke har den nødvendige kompetanse og trygghet til å gjøre dette. Dette er slett ikke noen nødvendig funksjon i denne type utviklingsarbeid, men det kan åpenbart bidra til å heve utviklingsarbeidet hvor det gjøres på en god måte.

## 6. Individ-arbeideren

Få prosjektledere har arbeidet direkte med å aktivisere eller gi terapi til enkeltbrukere. Prosjektene har jo stort sett gått ut på å få motivert og aktivisert de fagfolkene som arbeider med enkeltmennesker. Det klareste eksemplet på en individrettet tilnærming er prosjektet i Kristiansand hvor prosjektmidlene er blitt brukt på en musikkterapeut som har arbeidet intensivt med en håndfull barn. Det finnes også enkelte andre eksempler på at prosjektledere i noen grad har drevet oppsøkende virksomhet for å lete opp enkeltmennesker som kan tilhøre målgruppene og forsøkt å motivere disse til å delta i aktiviteter.

For kommuner som i fremtiden skulle ønske å ha en koordinatorstilling på dette feltet, vil trolig en sterkere utvikling av en slik mer individrettet rolle være et alternativ. Det er begrenset i hvor stor grad en kan drive en aktiv entreprenørvirksomhet for å få til noe nytt, og det er begrenset hvor mye en trenger å koordinere. Behovet for å arbeide mer direkte med enkeltindivider og små grupper vil trolig være konstant. Og det er også her hvor kommunene har kapasitetsproblemer.

#### 6.3.4 Ingen kan dekke alle oppgavene like godt

Vi har ikke rangert disse oppgavene, selv om plassen vi har gitt dem innebærer en viss prioritering. Skal en drive et utviklingsarbeid på et felt hvor en ikke rår over tradisjonelle styringsmidler som instruksjonsmyndighet og hvor det er lite penger, er trolig dialog-tilretteleggerfunksjonen og ”entreprenørfunksjonen” de viktigste. Den administrative funksjonen er en basisfunksjon som de andre oppgavene må bygges på. Hvis ikke de nødvendige administrative oppgavene utføres, skapes det frustrasjon som kan undergrave arbeidet. Fagformidling, personlig veiledning og mer individrettet arbeid er oppgaver som kan berike utviklingsarbeidet og gjøre det enklere, men de er neppe avgjørende.

Et viktig poeng når det gjelder disse oppgavene er at det ikke nødvendigvis er prosjektleder som må dekke dem. Det er trolig det samme hvem som gjør det i et prosjekt, bare de blir utført. For eksempel dialog-tilretteleggerfunksjonen kan godt ivaretas av en erfaren møte- og prosessleder i kommunen. ”Entreprenørfunksjonen” – å bygge nettverk, bruke nettverk for å informere, diskutere og drøfte konkret iverksetting – er det derimot vanskelig å overlate til andre. Dette er en tidkrevende oppgave – i motsetning til dialogtilretteleggingen – og det er ikke gitt at andre i kommunen har en slik kapasitet. Vi tror derfor at dette er den viktigste funksjonen i denne type utviklingsarbeid. Men når arbeidet går over fra utviklings- og forsøksarbeid til en mer ordinær drift, vil trolig ”entreprenørfunksjonen” bli mindre viktig.

#### 6.3.5 Tre kompetansetyper

Den kommunen som trolig klarte å dekke disse funksjonene best – av de vi har studert – er Levanger. Dette fordi kommunen engasjerte to personer - i hver sin halve stilling. Dette var to personer som til sammen har hatt mye å bidra med – særlig på de fire første oppgavene. De hadde både sammenfallende og klart komplementære ferdigheter. De hadde *tung fagkompetanse på hver sine fagfelt*, de hadde *prosesskompetanse* og de hadde *lokalkompetanse*.

Vi har ikke noe grunnlag for å rangere disse tre kompetansetyper hos en prosjektleder. Det viktigste er trolig at en prosjektleder har en viss blanding. Og hvis de ikke har det, blir det viktig å tenke hvilke alternative kilder til slik kompetanse en har i kommunen. Vi tror allikevel at det er nesten nødvendig for en prosjektleder eller koordinator å ha en viss fagkompetanse i bunnen. Det gir grunnlag for å få respekt fra andre fagprofesjoner. Det gir et signal om faglig likeverd – noe som er viktig for å bygge opp et løpende samarbeid med andre fagprofesjoner (Knudsen 1993, Lauvås og Lauvås 1994). Uten slik fagkompetanse vil en lett kunne bli uinteressant for andre fagfolk, en vil kunne bli usikker i møte med ”tunge” fagfolk, administrative ledere og politikere. Å være prosjektleder eller koordinator innen kultur og helse innebærer at man i stor grad må forholde seg til andre fagprofesjoner. Da er det ikke uvesentlig å ha en likeverdig plattform og noe faglig å tilby. Dette er også et viktig poeng når det gjelder rekruttering av prosjektledere eller koordinatorene til denne type arbeid. Vi kjenner til eksempler på at kommuner har

engasjert ufaglærte som prosjektledere og som har vært plassert helt nederst på den kommunale lønnstigen. Da er det neppe hensynet til selve prosjektet som er utslagsgivende. Det må være andre grunner til en slik utvelgelse, for eksempel at man må finne et sted å gjøre av overtallige som man har arbeidsgiveransvar for. Vi er kritisk til denne type utvelgelse– det gjør det svært vanskelig både å hevde seg overfor legestanden, helse- og sosialsjef, rådmann og ordfører. Hvis en ufaglært prosjektleder skal kunne lykkes i rimelig grad må manglende fagkompetanse i så fall oppveies av en betydelig realkompetanse, prosess- og lokalkompetanse.

En slik gjennomgang av ulike aspekter ved prosjektlederrollen og de typer kompetanse som er nødvendig for å ivareta de ulike aspektene, kan lett føre til en individforklaring av forsøkets resultater. En kan i den store forsøksparken til *Kultur gir helse* og HELKUL finne prosjektledere som ikke har klart å ivareta de ulike oppgave like godt. Da blir det lett å forklare manglende suksess med personlige egenskaper. I flere tilfeller vil dette være svært urettferdig. En del prosjektledere har stått overfor så store utfordringer i arbeidet at det ville ha vært vanskelig uansett hvilke kvalifikasjoner vedkommende hadde hatt. For en ting er sikkert: Den optimale prosjektleder finnes ikke. En finner ikke den personen som har den perfekte balansen mellom de ulike kompetanseformene og som egner seg like godt til de ulike oppgavene, i dette vanskelige spenningsfeltet mellom fag, mellom fag og brukere, og mellom de offentlige og det frivillige. Arbeidet må ikke bedømmes ut fra hva en ”supermann” eller ”superkvinne” kan gjøre, men utfra hva den gjennomsnittlige person som en kan forvente å bekle denne type jobb kan gjøre (Perrow 1979).

## 6.4 Tverretatlig kommunikasjon og samarbeid

Samarbeid på tvers av tvers av kommunale etats- eller avdelingsgrenser blir ofte fremhevet som et sentralt virkemiddel i statlig forsøksvirksomhet på det sosiale eller pedagogiske området. Også innen *Kultur gir helse* har samarbeid mellom etater blitt sterkt vektlagt. Med utgangspunkt i de enkeltprosjekter vi har studert er det like viktig å understreke at arbeidet med å bruke kultur for å gi bedre helse, i stor grad er avhengig av at *den enkelte etat* eller *avdeling* utnytter det mulighetsrom etaten selv har. For å ta noen eksempler: Den enkelte hjemmehjelper eller støttekontakt trenger ikke å samarbeide med noen for å låne bøker på biblioteket til en av sine brukere, eller for å ta med brukeren på bibliotek eller kino. Man forholder seg da til kulturinstitusjonen som alle andre brukere. Likeledes vil mange kulturaktiviteter (eks. maling, forming, lytte til musikk) på et dagsenter, psykiatrisk institusjon, sykehjem eller flyktingemottak kunne gjennomføres uten samarbeid med andre etater. En gåtur i skog og mark med psykiatriske pasienter krever ikke noe samarbeid med andre etater. Mye *kultur gir helse*-arbeid forutsetter m.a.o. ikke samarbeid med andre etater i betydningen av å koble ressurser fra den ene etaten sammen med ressurser fra andre etater. Men en forutsetning for at fagfolk skal ”ta kulturen i bruk” er at de har en forståelse av kulturens betydning for målgruppene. For mange forutsetter slik virksomhet en endring av perspektiv og forståelse.

### 6.4.1 Kommunikasjon og perspektivskifte

*Kultur gir helse* – som program – dreier seg mye om å skifte perspektiv. En skal i sterkere grad stimulere det friske framfor å behandle det syke. Dette kan kanskje forstås dithen at helseprofesjonene må få overført perspektiver og kunnskap fra de som arbeider mer kultur- og aktivitetesorientert, for eksempel fra kulturetaten. Men dette er ikke noen

enveis-prosess. Folk som arbeider i kulturetaten trenger ofte forståelse for og kunnskap om hvordan en kan få til medvirkning fra brukere og hva en kan gjøre for å ”bygge ned tersklene” til kulturinstitusjonene.

Perspektivendringer har i mange av forsøkskommunene vært stimulert gjennom å kalle inn ”tunge” foredragsholdere til kommunen, eller sende folk fra kommunen på eksterne konferanser. Dette kan sikkert ha gitt både inspirasjon og kunnskap. Vi vil allikevel hevde at det viktigste for å stimulere til endringer er løpende diskusjoner og drøftinger mellom ulike fagprofesjoner – som ofte tilhører ulike etater. *Perspektivendringer avhenger av samtaler hvor aktørene må se saken fra hverandres perspektiv.* Aktørene må legge fram sine tanker, og de må lytte til hva de andre sier. Gjennom diskusjoner mellom likeverdige parter, vil en kunne nå fram til en felles forståelse av hva en skal gjøre (Eriksen 1992). Og selv om ulike fagfolk med ulik etatstilknypning ikke alltid blir enige om alt de drøfter, vil de kunne bli enige om mye<sup>41</sup>.

Slik tverretatlig kommunikasjon er ofte av en strukturert og formell karakter – for eksempel i møter med både dagsorden, ordstyrer og spilleregler. Kommunikasjonen avhenger av at det finnes arenaer hvor en kan sette spørsmål – av typen kultur og helse – på dagsordenen, hvor de involverte aktører har mulighet til å si hva de mener, og hvor de må lytte til andre. Uformelle arenaer kan også spille en rolle – hvor fagfolk møtes og hvor perspektiver og synspunkter kan utveksles.

Hvis vi ser på Levanger og Uraniensborg-Majorstua (Jørgensen 2000) hvor en med rette kan si at det har skjedd endringer i perspektiver hos en lang rekke involverte fagfolk, finner vi en rekke fora for kommunikasjon – alt fra arbeidsseminarer til prosjektmøter. Både Levanger og Uraniensborg-Majorstua introduserte møteformer som lå i skjæringsfeltet mellom de formelle og uformelle møtene – henholdsvis matpakkemøter og frokostmøter. Hensikten har blant annet vært å stimulere til samhandling mellom fagfolk som ikke møtes så ofte. Frokostmøtene i Uraniensborg/Majorstua har gjerne hatt et fastsatt tema, og initiativtakerne har ofte invitert en til å fortelle om noe som har med kultur og helse å gjøre. Slike temamøter i en noe avslappet atmosfære har ringvirkninger:

”Det er viktig med disse møtene, for her treffes folk. De etablerte sektorgrensene brytes ned, selve tjenesteytingen blir lettere, og det koster ikke så mye.

Det å ha noe konkret å jobbe sammen med ”bydelen” om, det åpner opp for en kontakt. Og det er inspirerende for oss; det gir samarbeid og skaper ringer i vannet. Det ene fører det andre med seg.” (fagperson i bydelen).

Poenget her er at en type kommunikasjon skaper grobunn for mer kommunikasjon.

Det motsatte eksemplet - på manglende tverretatlig og tverrfaglig kommunikasjon - er Tinn kommunene. Vi viste i avsnitt 5.5.3 at kommunikasjonen mellom kulturetat og helseetat ”ballet av seg” og ikke på seg. Helseetat mistet interessen for arbeidet, og entusiasmen for å gå inn i drøftinger med kulturetaten var liten. Kultursjef og helsesjef møttes ikke i etatssjefsmøtet fordi kulturetat var degradert som etat. Et tverretatlig utvalg som dreide seg om barn og unge, og som flere fagfolk mente hadde vært svært nyttig, var avvirket. Prosjektleder fra kulturetaten fikk ikke delta i et utvalg innen helsesektor som arbeidet med rehabiliteringsplaner. Når da også de ulike etatene fysisk var plassert på

<sup>41</sup> Det de ikke er enige om, kan en være enige om å være uenige om – og eventuelt legge det til side.

ulike steder, ble den løpende uformelle kommunikasjon vanskeliggjort. I en slik situasjon var det verken enkelt å få til perspektivendring eller drøftinger av felles prosjekter. Utviklingsarbeidet ble stående i stampe.

Kommunikasjon krever tid og ressurser. Det er et lederansvar å gi fagfolkene rom for å delta i kommunikasjonsprosessene. Hvis de ikke gjør det blir arbeidet vanskelig. Fra Uranienborg-Majorstuen understreker fagfolk at ledelsen i bydelsadministrasjonen har gitt stort rom og frie tøyler i utviklingsarbeidet. I Levanger er det også brukt mye tid på tverretatlige møter og seminarer med stor deltakelse fra de ulike etatene i kommunen. Det ble brukt mye tid på forsøkets basisvirksomhet – kommunikasjonen. Denne virksomheten hadde støtte fra den administrative ledelsen, herunder pleie- og omsorgsleder. Et omvendt eksempel er fra omsorgsavdelingen i Førde hvor de (få) ansatte som ønsket en dreining i arbeidet overfor de hjemmeboende eldre til å bli mer aktivitetsorientert, fikk klare påminnelser fra sin leder om at de ikke burde bruke tid på denne type utviklingsarbeid i en hardt presset avdeling. Hvis arbeidet ikke har legitimitet og støtte i etats- eller avdelingsledelsen, blir det tungt å drive dette fram fra de underordnede fagfolkenes side.

Perspektivendringer gjennom tverrfaglig kommunikasjon kan også stimuleres på annen måte. Opprettelsen av et 20 vekttalls studium i kultur og helse ved høgskolen i Telemark har blant annet til hensikt å tilføre praktikere ute i kommunen mer teoretiske perspektiver på dette feltet. Fra Levanger kommune har det deltatt tre erfarne fagfolk – en fra helse- og sosialetat, en fra kulturetat og en fra undervisningsetat. Et slikt studium gir anledning til mye tverrfaglig diskusjon mellom de tre – blant i forbindelse med at de skriver en prosjektoppgave sammen. Og det gir dem forhåpentligvis perspektiver de kan ta med tilbake til kommunen.

#### 6.4.2 Tverretatlig aktivitetssamarbeid

En løpende kommunikasjon mellom ulike type fagfolk i ulike er også viktig for å stimulere til mer *konkret samarbeid*. Selv om mange aktiviteter for marginaliserte grupper ikke forutsetter et konkret samarbeid med andre, forutsetter andre aktiviteter dette. For eksempel øker behovet for samarbeid med andre etater hvis en ønsker å *bedre kvaliteten* på kulturtiltakene. Samarbeidet mellom Elvahuuset i Førde og de lokale kulturinstitusjonene har ført til at brukerne har fått guidet omvisning på gallerier, en har brukt en teaterpedagog som har stimulert brukerne til å delta i ”happala-happeningene” (jfr. kap. 3.3.2) i kommunen, og en musikkterapeut som har spilt musikk og gitt brukerne kunnskap både om selve musikken og komponisten. Gjennom samspillet med kommunale og fylkeskommunale kulturinstitusjoner får helse- og sosialsektorens brukere en bedre kvalitet på aktivitetene. Et annet eksempel på dette er friluftsgruppa for brukere med psykiske lidelser (”Tjuddur’en) i Levanger (jfr. kap. 3.4.3). Å gå tur i skogen er noe som de fleste psykiatriske sykepleiere kan gjøre med sine pasienter. Men det er ikke alltid den samme sykepleier kan bygge en lavo eller fortelle brukerne om forskjellen på en hauk og en våk, eller hvor de gode fiskeplassene ligger. Denne kunnskapen har i Levanger blitt tilført gjennom en person fra kulturetat med høy naturfaglig kompetanse. Dermed får turene ut i skog og mark en ekstra kvalitativ dimensjon.

I mange tilfeller har fagfolk i kulturinstitusjonene utført arbeidet overfor marginaliserte grupper uten noen form for vederlag. Det har vært definert som en naturlig del av kulturinstitusjonens service overfor dens brukere. Eldre, funksjonshemmede og mennesker med psykiske lidelser er i mange tilfeller vanlige brukere. I noen grad har kulturinstitusjonene tatt betalt for den service som er gitt fordi det har krevd en arbeidsinnsats utover ”det

normale”. Ofte har prisen vært rimelig for eksempel kr. 150-200 pr. time for en musikk- eller teaterpedagog – dvs. til selvkost eller endog under det.

I enkelte tilfeller har helse- og sosialinstitusjonene måtte betale ”markedspris” for den kvalitetsheving som enten en profesjonell ”kulturpedagog” eller profesjonell kunstner har tilført aktiviteter eller opplevelser. Forsøksmidler har i stor grad blitt brukt til denne kvalitetshevingen. Bruken av den finske multikunstneren Tuomo Happala har karakter av denne type kjøp av tjenester. 2-kryss-prosjektene bygger i stor grad på kjøp av tjenester fra profesjonelle kunstnere for at disse skal gi brukerne kultur av høy kvalitet. Men da har vi også beveget oss vekk fra temaet tverretatlig samarbeid<sup>42</sup>.

De ovenstående eksempler gjelder samarbeid i tilknytning til gjennomføring av konkrete aktiviteter. Det er derfor vi har kalt dette for ”tverretatlig aktivitetssamarbeid”. Ofte er det slik at en etat ikke har ressurser alene for å gjennomføre en aktivitet, men gjennom å koble ressurser fra andre parter – litt herfra og litt derfra – klarer man å stable et tiltak på beina. Et godt eksempel på dette er småbarnstreffet i Tinn som ble realisert helt på slutten av prosjektperioden. Fra Karasjok nevnes også viktigheten av å bruke ”spleiselagsmetoden”. For øvrig har helse- og sosialsektors oppgave i stor grad vært å motivere brukere til å delta, til å skride over terskler, eller følge de brukerne som trenger mer aktiv støtte for å komme over tersklene. Kultursektor eller kulturinstitusjonenes oppgave har vært å legge spesielt til rette for disse gruppene, slik at tersklene ikke blir for høye, og for å evt. å tilføre kulturopplevelsen kvaliteter som forsterker opplevelsen og utbyttet.

En forutsetning for slikt aktivitetssamarbeid mellom kultursektor og helse- og sosialsektor er ofte et løpende prosesssamarbeid, hvor en *drøfter* utfordringer og muligheter, og hvor en søker seg fram til felles interesser. Inngåelse av samarbeidsprosjekter forutsetter kommunikasjon. Vi har i kap. 6.3.3 om prosjektleders prosessrolle gitt eksempler på hvordan slik kommunikasjon kan fremmes. Idéer må luftes og prøves, og en må drøfte hvordan en skal gå fram for å få realisert et tiltak eller aktivitet. Formelle fora for slike drøftinger er viktige, men vel så viktige er uformelle fora og nettverk som initiativ kan drøftes i (jf. Carlsson 1992).

### 6.4.3 Nærhet og kommunestørrelse - strukturelle rammer for tverretatlig kommunikasjon

I kapittel 6.3 viste vi at de ulike prosjektlederne har hatt ulike forutsetninger – og ulike evner- for å kunne drøfte initiativ og tiltak gjennom mer uformelle nettverk. Men samarbeid på tvers av etater avhenger også av strukturelle og tungt foranderlige forhold i kommunen. Samarbeid og kommunikasjon fremmes gjennom fysisk nærhet. Betingelsene

<sup>42</sup> Selv der hvor en må kjøpe kulturtjenester til ”full pris” trenger ikke dette være spesielt kostbart. I og med at mange kulturaktiviteter kan organiseres på gruppebasis hvor flere mennesker deltar, blir kostnaden pr. deltaker ikke så høy. Men selvsagt – for helse- og sosialsektor med trange budsjetter er det begrenset hvor ofte og hvor mange kulturarbeidere eller utøvere de kan kjøpe inn for å gi opplevelser eller aktivisere brukere. Likeledes har kultursektor i mange kommuner ”trange kår” slik at de har problemer med å forbedre aktivitetstilbudet overfor marginaliserte grupper. De betydelige nedskjæringer på kultursektor og kultur- og musikk skolens budsjett i Levanger for år 2000 vil trolig gjøre det vanskelig å komme marginaliserte grupper i møte. En kan forvente at det i mange kommuner vil kunne oppstå uenighet og strid mellom sektorene hvem sitt budsjett som egentlig skal finansiere meraktiviteter eller en kvalitativ forbedring av aktiviteter for marginaliserte brukere. Den statlige tilførsel av forsøksmidler kan nok ha dekket over denne type uenighet i forsøksperioden.

for å få til tverretattlig kommunikasjon har vært bedre i Levanger med et felles rådhus for alle etatene enn for eksempel i Tinn, Arendal og Førde hvor etatene er spredd på flere bygninger. Når den fysiske struktur vanskeliggjør løpende kommunikasjon blir det viktigere å ha institusjonaliserte møteplasser hvor initiativ og tiltak kan drøftes. Etatssjefsmøtet kan være et slikt fora, likeledes prosjektgrupper eller mer permanente fora som drøftes saker på tvers av etater.

Potensialet for gode løsninger på tvers av etater vil nok være best i små kommuner preget av tette nettverk. Samhandlingsbetingelsene er gode, og det vil ofte være mulig å få til prosjekter, tiltak eller aktiviteter gjennom å koble ressurser og perspektiver på tvers. De som skal samhandle møter hverandre ofte i flere ulike roller – som venner, naboer, deltakere i samme idrettslag eller annen frivillig organisasjon, som familiemedlemmer og av og til også som ektefeller. Utviklingsarbeidet i Sunndal og i Levanger må forstås utfra et slikt bakteppe. Under de tiltak som er realisert ligger det en mengde uformell kommunikasjon i flertrådete nettverk.

Baksiden av dette bildet er at tette bånd ofte også resulterer i konflikter. Hvis det blir knute på en tråd i tette sosiale bånd, er sjansen stor for at videre samarbeid vil gå tungt også langs andre tråder. Et tenkt tilfelle kan være at en kultursjef og ei ledende helsesøster som samarbeidet godt den gang de var gift, trolig ikke vil gjøre det etter en opprivende skilsmisse<sup>43</sup>.

Det trenger heller ikke nødvendigvis være knuter på tråden som vanskeliggjør kommunikasjonsprosesser og samarbeid i små kommuner. Det kan også være manglende forståelse for denne type arbeid eller laber interesse. I små kommuner hvor det ofte kun er en person pr. funksjon, kan det være vanskelig å gå utenom en person man har et vanskelig forhold til eller som ikke er interessert, for å få realisert et prosjekt eller aktivitet.

I en større kommune er sjansen mindre for at en har private eller personlige konflikter med de en skal samarbeide med. De sosiale bånd er ikke multiplekse (flersidige) slik de ofte er i små kommuner. Antallet potensielle samarbeidspartnere i de ulike etater og avdelinger er større. Det vil ofte være mulig å gå utenom enkeltpersoner som er lite interessert eller som en har et konfliktfylt forhold til. Et utviklingsarbeid kan mer drives etter ”får en ikke napp et sted, får en det kanskje et annet sted”. Et uttrykk for en slik strategi er nettopp ”la alle blomster-blomstre-prosjektet” i Arendal. Mulighetsrommet for samarbeid er langt bedre i store enn i små kommuner. Sjansen for å lykkes med noen gode blomster er stor. På den annen side er det i store kommuner lett å bli overskygget av andre utviklingsarbeider eller prosesser. Kommuner som Kristiansand, Drammen eller Tromsø (for å ta de største kommunene i programmet) har for tiden så mye annet på gang – både egeninitierte prosjekter og statlig finansierte prosjekter - at et prosjekt som *Kultur gir helse* lett havner i ”skygenes dal”<sup>44</sup>. Prosjektet får ikke den oppdrift vi har sett i flere av de mindre eller mellomstore kommuner i programmet. Mens prosjektet i Levanger ble alle ”prosjekters mor” i kommunen, ble prosjektet i de større kommunene en ”beskjeden fetter”.

<sup>43</sup> Dette er et konstruert eksempel som ikke er usannsynlig. Vår erfaring er at i små kommuner – i regioner med et avgrenset arbeidsmarked – er ofte kommunale fagfolk og/eller ledere gift eller samboende. Mange slike forhold går også i oppløsning med de konsekvenser dette måtte få for det profesjonelle samarbeidet.

<sup>44</sup> En av forfatterne til denne rapporten er i skrivende stund involvert i annet statlig finansiert utviklingsarbeid i hhv. Drammen, Kristiansand og Tromsø, og har således erfart at i så store kommuner er det konkurranse om oppmerksomheten.



## 6.5 En epilog om oppslutning og autoritet

Vi begynte dette kapitlet med å understreke at i denne type utviklingsarbeid spiller mobilisering og forankring en nøkkelrolle. Dette er som nevnt ikke et felt hvor staten vil eller evner å styre gjennom å bruke ”sterke” virkemidler. En alternativ måte å få oppslutning om innsatsområdet ville ha vært hvis en utvetydig kunne ha dokumentert kulturens instrumentelle funksjon – og oversatt dette i økonomiske termer. Vi har tidligere drøftet at den instrumentelle tenkingen rundt kultur er omstridt – særlig blant det vi har kalt for kulturpuristene som understreker at kultur har en verdi i seg selv. Men for de som fatter beslutninger om det offentlige ressursbruk står den instrumentelle tenkingen sterkt. Vi har vist eksempler på hvordan dette har vært understreket i kommunene – forhåpningen om at kultur kan gi ”friskere budsjetter” gjennom at man sparer penger på helsebudsjettet.

Selv om en rekke undersøkelser viser at en blir friskere av å være aktiv – i motsetning til inaktiv – er det vanskelig å dokumentere den økonomiske effekten av dette. For det første er det nesten umulig å dokumentere den helsemessige effekt av isolerte aktivitetstiltak. Det er trolig aktivitet og at livet har mening som gir en helsegevinst. Og selv om kultur gjør folk friskere og gir et lengre liv, er det neppe sikkert at dette er rasjonelt i økonomiske termer. Et lengre liv kan i slutfasen bety lange sykehjemsopphold – det er dyrt. Og selv om folk gjennom aktivitet skulle bli raskere utskrevet av sjukehusene, trenger dette ikke bli billigere for det offentlige. Så lenge det er køer av behandlingstrende, vil en kunne redusere køen, men budsjettene blir neppe ”friskere”. Vi kunne sikkert ha problematisert forholdet mellom kultur – aktivitet – helse – og økonomi mye lengre enn dette. På dette feltet finnes det ikke noen etablert sannhet som kan uttrykkes i form av et nøkkeltall som beslutningstakerne vil legge seg flate for.

Hvis man først ønsker å begrunne kultur instrumentelt som virkemiddel overfor både befolkningen generelt og marginaliserte grupper spesielt, må det begrunnes i langt mer enn enkle økonomiske termer. Her er det kompliserte sammenhenger, og det er mye usikkerhet som krever en rekke forbehold. Dermed blir det langt vanskeligere å argumentere instrumentelt enn hvis en kunne slå ”kultur, helse- og økonomikvotienten” hardt i bordet.

På prosjektledersamlinger har et viktig spørsmål vært hvordan en skal markedsføre og ”selge” budskapet. Men det er ikke nok med en glatt markedsføring. Om budskapet skal nå fram er en også avhengig av noen som kan understøtte det med *autoritet*. Hvis budskapet kan framføres av en person som er høyt respektert og anerkjent, vil folk akseptere innholdet i det som sies uten kritisk å granske det. ”To accept authority is precisely to refrain from examining what one is being told to do or believe” (Lukes 1979:639).

Behovet for en som kan framføre budskapet og understøtte det med autoritet har vært fremhevet fra yngre prosjektledere som føler at de ikke har en slik autoritet. Det har vært stilt spørsmål som ”*Hvordan kan en komme nedenfra i systemet og argumentere faglig med styrke.*” Argumentasjonsverdien er ikke bare avhengig av hva du kan dokumentere og hvordan du kan argumentere for det, men også hvem du er.

Her er det lett å se forskjellen til for eksempel Levanger som har hatt to prosjektledere med autoritet – som har kunnet understøtte sine argumenter med mye tyngde av både faglig og erfaringsmessig art. Disse to har også hatt et mer avslappet forhold til det å dokumentere den umiddelbare nytten av å satse på kultur enn en del prosjektledere som ikke har denne autoritetet. De har hatt åpen vei inn til ordfører, rådmann og hvem det ellers måtte være i lokalsamfunnet.

Men det er ikke bare på kommunalt nivå at autoritet er viktig. Det samme understrekes fra statlige forsøksforvaltere. De føler også behov for noen som ”kan skjære igjennom” via sin egentyngde. ”Vi trenger en som kan gå rett inn og snakke med statsministeren”, ble det sagt i en diskusjon hvor både lokale prosjektledere og statlige forsøksforvaltere deltok. Deretter ble det diskutert personer som både kan gå rett inn til statsministeren, og som samtidig har autoritet nok for å få gjennomslag ute i kommunene: Første navn som ble nevnt var Arne Næss, men han begynner å bli litt for gammel var ankepunktet. Deretter kom Kåre Willoch's navn raskt opp, så Reiulf Steen og Oluf. En person nevnte Kine Hellebust, men da svarte raskt en annen statlig forsøksforvalter: ”Blir ikke hun litt for lett?”

Når en først starter på en slik ”name-dropping” fra autoritetsligaen kunne det vært mange andre navn som hadde vært like aktuelle – som Wenche Foss, Thorvald Stoltenberg, Jo Benkow – og kanskje noen av de som regjeringen Bondevik hadde plassert i verdikommisjonen.

Det helt spesielle med disse personene er nettopp deres autoritet. De kan underbygge argumentene med sin karakter. For disse vil statsministeren åpne døra, lytte og kanskje la seg overbevise. Media vil gi dem plass slik at det gode budskap kan formidles til tvilere over det ganske land, både lokalpolitikere og litt motvillige styreere av sykehjem eller psykiatriske behandlingshjem. De vil passe som foredragsholdere på store konferanser for rådmenn, ordførere, kultursjefer og hovedutvalgsledere arrangert av Kulturrådet, Sosialdepartementet og Kommunenes sentralforbund.

Nå er det ikke så mange i denne autoritetsligaen i Norge. De tunge autoriteter er en begrenset ressurs. De som befinner seg der er trolig allerede beskjeftiget med andre oppgaver som de er mer engasjert i. I mangel av denne type autoritetshjelp vil det trolig fortsatt være et stort press på å få dokumentert nytteverdien, og særlig den økonomiske, i denne type satsing. Forskning kan være en alternativ kilde til autoritet. Men denne type forskningsrapport som du nå har i handa gir trolig lite hjelp i så henseende. Det er sikkert noen som blir skuffet.

## 7 Målgrupper, brukere og medvirkning

### 7.1 Klient, konsument eller medarbeider

Brukermedvirkning er et begrep som har gått igjen i mange fora og i mange faser av *Kultur gir helse*. Som det heter i Sosial- og helsedepartementets strategidokument 'Tid for en tverr-sektoriell satsing: Helsekultur og kultur for helse, 1995-2001': "*Det vil alltid være brukerne som har den største kompetansen på problemene og på hvordan problemene oppleves. En satsing på et helse/kulturprogram må derfor skje i et brukerperspektiv*". Med dette utgangspunktet tar vi i dette kapitlet opp brukermedvirkning sett fra helsesiden. I kapittel 7.13 kommer vi tilbake til brukerperspektiv og brukermedvirkning sett fra kultursiden.

Ikke minst har brukerperspektivet vært viktig fordi satsingen har involvert mange aktører som kanskje har liten tradisjon og erfaring i å tenke på denne måten. Dels er dette aktører som har nærmet seg oppgavene med et **klientperspektiv** på brukerne (Møre og Romsdal fylkeskommune 1993). Dette er den tradisjonelle tilnærmingen, og den bygger på en forutsetning om at det er tjenesteyteren (den profesjonelle) som best vet hvilke behov klienten har. I dette perspektivet blir brukermedvirkning et middel for å oppnå bedre behandling eller omsorg.

**Konsumentperspektivet** er nyere. Der er brukeren en "kunde" som selv skal definere sine behov, for eksempel slik brukerne av spesielt den kommersielle delen av kulturlivet forholder seg til for eksempel kino-tilbudet. Konsumentperspektivet har også vært rådende for dem som har spurt de potensielle brukerne hva de ønsket seg, og så for eksempel gitt dem bingkvalder dersom det var det de ville ha. Tankegangen er hentet fra privat sektor sin vekt på forbrukerrettigheter. Svakheten er at det ofte er umulig for brukerne å ha full oversikt over tilbudene og hvilke muligheter de rommer, og at brukerne oftest vil velge det som er kjent og trygt i stedet for å gå inn i de mer ukjente og utfordrende kulturopplevelsene. Konsumentperspektivets styrke er at det fokuserer på at brukerne har egne interesser som bør hevdes i forhold til produsentene/tjenesteyterne.

**Medarbeiderperspektivet** bygger på en harmonimodell som legger vekt på å utløse brukernes egne ressurser og mestring. Perspektivet bygger på en grunnleggende innstilling om å lytte til brukerne og ta dem på alvor. Svakheten er at perspektivet ikke fanger opp faktiske motsetninger mellom system/tjenesteyter på den ene siden og brukerne på den andre. Dessuten kan dette også lett bli et perspektiv som favoriserer ressurssterke brukere som klarer å artikulere sine behov og ønsker.

Uansett hvilket perspektiv en tar utgangspunkt i, betraktes gjerne brukermedvirkning som et honnørord. Gunnar Bendixen har gått gjennom en del offentlige dokumenter som berører temaet, og viser at det har vært en sterk utvikling de siste 20–25 årene i vekten på brukermedvirkning (Bendixen 1994). Begrepets innhold har dessuten endret karakter, fra

vekt på medbestemmelse til medvirkning, fra vekt på konflikt og interessenmotsetninger til samarbeid og felles interesser. Andre har hevdet at ideen om å trekke brukerne inn i planleggingen av et mer tilgjengelig og brukervennlig helsevesen, først og fremst begynte å gjøre seg gjeldende i norsk helse- og sosialpolitisk sammenheng fra midten av 1980-tallet (se for eks Huus 1996:61).

## 7.2 Brukermedvirkning som delmålsetting

Brukermedvirkning er ikke nevnt blant de formelle og skrevne målsettingene til *Kultur gir helse*. Likevel er det ingen tvil om at det er en sentral intensjon. Særlig kom det tydelig fram i de intervjuene vi hadde med sentrale aktører i Sosial- og helsedepartementet. Der ble brukernes deltakelse og medvirkning nevnt som en målsetting på linje med det helsefremmende og rehabiliterende.

For departementet, eller kanskje rettere sagt for denne departementsavdelingen, kan Kultur-helsesatsingen sees som en forlengelse av andre prosjekter som har sprunget ut fra samme avdeling, og som også har hatt brukermedvirkning som sentral intensjon. Det dreier seg for det første om det såkalte tilgjengelighetsprosjektet, som blant annet skulle imøtekomme målgruppens (mennesker med psykiske problemer) behov for verdighet, vennskap, trygghet og aktivitet (Om tilgjengelighetsforsøkene i psykiatri, se Bomann-Larsen m.fl. 1995). Prosjektet førte til en anbefaling om at psykiatrien må klare å utnytte og bruke den kunnskapen som hjelpere, brukere og pårørende sitter inne med. En annen konklusjon var at ”*psykiatri som spesialitet må, dersom den vil svare på de behov som er kommet fram i tilgjengelighetsprosjektene, tillegge arbeid med økning av brukernes velferd og livskvalitet like høy prestisje som psykoterapi eller farmakologi.*” (Sørensen 1995:76)

Kanskje enda tydeligere er forbindelseslinjene til VEPS, et prosjekt for videre- og etterutdanning innen psykiatri og sosialsektor (se Kristiansen, m. fl. 1997). I VEPS var målsettingen å bidra til et perspektivskifte innen psykisk helsevern og sosiale tjenester, fra et institusjons- og sektorperspektiv til et brukerperspektiv. Selv om målgruppene er litt andre i Kultur-helse, er det likevel likhet i målsettingene. Brukermedvirkning skulle være sentralt også her, og det samme skulle samarbeid mellom etater og sektorer.

For øvrig var innslaget av estetiske fag stort og sentralt i VEPS-prosjektet, basert bl.a. på og erfaring fra tilgjengelighetsprosjektene om at dette er viktig. En representant for departementet, som for øvrig også har vært sentral i Kultur-helse satsingen, uttrykte det slik i en VEPS-sammenheng: ”*Tilgjengelighetsprosjektene har vist at det har vært viktig med samhandling mellom helsesektor og kultursektor.*”

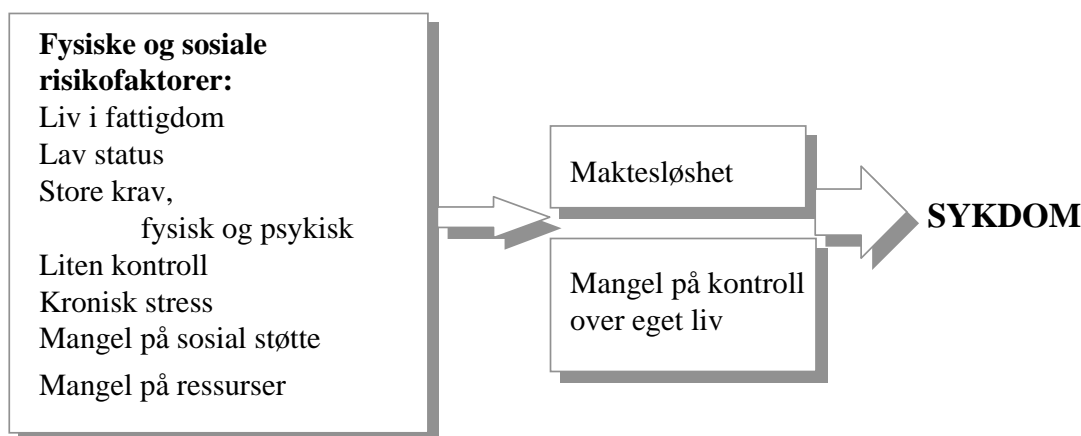
Evalueringen av VEPS viste at det var lite **brugermedvirkning** i selve VEPS-prosessen, samtidig som prosjektet la stor vekt på å demonstrere og å lære viktige forutsetninger for **brukerperspektiv** i kurs-deltakernes hverdag (Baklien og Solberg 1997:96). Den viste også at brukermedvirkning er et uklart og tvetydig begrep, og dessuten vanskelig å gjennomføre i praksis. I VEPS ble det vektlagt fra flere aktører, også fra departementet at man tidligere hadde rettet perspektivet mot systemet eller profesjonene. Nå skulle man i større grad fokusere på brukerne, som noen ganger er pasienter, andre ganger klienter. Et utgangspunkt var brukernes egne ytringer om at de som skal hjelpe dem er for mye opp-tatt av det som er feil og galt, og at de ikke ser dem som **hele** mennesker med ressurser. Det er lett å se *Kultur og helse* som en forlengelse av denne tankegangen, og av erfaringen med VEPS.

Mens VEPS kunne realisere intensjonen om brukerperspektiv gjennom måten man la opp videreutdanningen på, kunne man vente at brukermedvirkning i *Kultur gir helse* skulle få en mer bokstavelig virkeliggjøring. Utgangspunktet burde i alle fall være at brukermedvirkning er en relasjon, et forhold mellom to parter, på den ene siden hjelpeapparatet som sørger for tjenester eller tiltak, og på den andre siden de som er brukere av disse tjenestene eller tiltakene (jf. Andreassen 1992).

VEPS-prosjektet hentet inspirasjon fra den amerikanske Empowerment-bevegelsen. Den oppsto som en reaksjon på et helsevesen der mange psykiatriske pasienter ikke fikk den hjelpen de hadde bruk for (McLean 1995). På norsk vil empowerment bety bemyndige, dyktiggjøre og sette i stand til. "Bemyndige" viser til at brukerne må få myndighet i forhold til hjelperne, mens dyktiggjøre og sette i stand innebærer at man må styrke brukernes posisjon. Dermed omfatter empowermentbegrepet både brukerstyrking og brukermedvirkning (jf. Huus 1996:64). I denne sammenhengen blir også kompetanse et viktig begrep. Brukeren framstår som en ansvarlig person som er kompetent til å vurdere sin egen situasjon. Ekspertkompetansen blir utfordret av en brukerkompetanse.

Empowerment-begrepet er også sentralt i folkehelsemeldingen (NOU 1998:18). Der vektlegges for øvrig ikke bare opphevelsen av det som kan oppleves som individuell maktesløshet, men empowerment og myndiggjøring blir et spørsmål også på lokalsamfunnsnivå. Kanskje kan dette kobles sammen med det faktum at mange av delprosjektene i *Kultur gir helse* har så tydelige preg av nærmiljø-tiltak. Et problem med den tilnærmingen som vektlegger sammenhengen med risikofaktorer, maktesløshet og dårlig helse, er imidlertid at man lett kan ende opp i noe som kan bli en innholdsløs retorikk. Figuren nedenfor er hentet fra folkehelsemeldingen (side 190), og kan illustrere dette:

Figur 7.1 *Risikofaktorer fører til sykdom*



Dersom ikke denne sammenhengen konkretises og operasjonalises, blir det lett å ende opp i relativt formålsløse konklusjoner om at det er bedre å være rik og frisk enn fattig og syk.

Til tross for at teorier om empowerment altså har vært framme både i prosjekter som har gått forut for denne satsingen og i folkehelsemeldingen, har ikke denne tankegangen vært synlig til stede i *Kultur gir helse*, i hvert fall ikke på sentralt nivå.

### 7.3 Målgrupper – hvem skal medvirke?

Som nevnt i kapittel 1, hadde Sosial- og helsedepartementet tre hovedmålgrupper for sin satsing: Isolerte eldre, mennesker med muskel/skjelett-lidelser og mennesker med psykiske problemer. I Kulturrådets del av programmet var det opp til den enkelte kommune å prioritere hvilke målgruppe de ville rette innsatsen inn mot. Ser vi på hvilke målgrupper de faktisk kom til å fokusere på, har vi allerede vært inne på at variasjonsbredden er stor. Noen få har satses på bare én målgruppe, mens andre spenner svært vidt. I den ene enden av skalen har vi Kristiansand, med flyktningebarn med krigsopplevelser bak seg som eneste og ganske snevre målgruppe, og i den andre enden de prosjektkommunene som gikk bredt ut og ville nå hele befolkningen. Karasjok kommune er et eksempel på det siste.

Kanskje er det typisk at Sosial- og helsedepartementet var mer fokusert på målgrupper enn Kulturrådet. Mens departementet er vant til å målrette virksomheten mot spesielle pasientgrupper eller utsatte grupper, er den statlige kulturpolitikken mer rettet inn på at kulturen skal være tilgjengelig for alle. Der er målrettingen kanskje mer fokusert på type kulturaktivitet. Ser vi på departementets målgrupper, er ”de isolerte eldre” en gruppe uten noen spesifikt sykdomskjennetegn. Muskel/skjelett-lidelser og psykiske problemer er imidlertid gjerne kategorisert som ”samhandlingssykdommer”, samtidig som dette er plager med ukjente eller svært ufullstendig kjente årsaksforhold (jf. NOU 1998:18, side 159). Dette er sykdommer som ikke gjør så mye av seg i statistikkene over dødelighet og sykehusinnleggelse, men som er blant de vanligste årsakene til sykefravær og til nye uførepensjoner.

Den store bredden i hvilke målgrupper de lokale prosjektene har satsset på, gjør det tilnærmet umulig å sammenlikne de lokale prosjektene. Noen målgrupper er lette å nå, og noen er vanskeligere. Noen er allerede opplært til å samles om en eller annen form for kulturtiltak, andre er det ikke. For å spissformulere denne forskjellen, kan vi se på de to vanligste målgruppene. Det er for det første folk med psykiske problemer, ofte folk som allerede befinner på en eller annen form for dagsenter. Den andre vanlige målgruppa er hjemmeboende ensomme eldre. Den er mye vanskeligere, og dem har man ikke i samme grad en organisert kanal inn til. Der er man først og fremst vant til å tenke vasking, praktisk hjelp og stell, og ikke kultur. Inngangsporten kan derfor bli ”de som vasker”, dvs hjemmehjelpene. Skillet her går på tilgjengelighet og sosialisering. Det kan settes opp slik:

	Ikke kultur-sosialiserte målgrupper	Kultur-sosialiserte målgrupper
Isolerte målgrupper, uten inn-kanal	Vanskelige å nå, kanal må etableres, har preg av kategori mer enn av gruppe. Ofte uten kulturvaner, eks. isolerte eldre	
Institusjonaliserte målgrupper, med inn-kanal		Lett tilgjengelige, kanskje vever og maler de allerede, eks. psykiatriske dagsenter-pasienter.

De målgruppene som er lette å nå, de er også lettere å organisere i en eller annen form for brukermedvirkning. Når man ikke kjenner brukernes behov, eller når brukerne kanskje ikke er i stand til å uttrykke sine behov, er det vanskeligere. Noen av prosjektlederne oppsummerte i ettertid at de skulle ønske at de hadde gjort mer for å undersøke brukernes

behov på et tidligere tidspunkt. Prosjektlederen i Bygdøy-Frogner bydel i Oslo sa det for eksempel slik i sin egevaluering halvveis i prosjektet:

”Dersom jeg hadde begynt jobben i dag ville jeg nok utført en grundig brukerundersøkelse og trukket brukerne med i beslutningsfasen på et tidligere tidspunkt.”

## 7.4 Brukermedvirkning på sentralt nivå

Oftest er det kanskje systemnivået eller organisasjonsnivået vi tenker på, når vi snakker om brukermedvirkning. Trine Normann problematiserte denne formen for brukermedvirkning i et foredrag på Nordisk konferanse om psykisk helse i Trondheim i oktober 1997:

”Er tiden inne til å nyansere begrepet brukermedvirkning? Kanskje ligger det en fare i at vi bruker dette begrepet om så mange forskjellige ting. Begrepet kan gi utenforstående forestillinger om at det eneste det handler om er at representanter fra brukerorganisasjonene skal gis innpass på andres territorier. Representative representanter for brukerne skal tillates å få et ord med i laget på byråkratenes eller fagfolkenes arenaer. Ikke misforstå meg, jeg tror at brukermedvirkning må være dette også. Fortsatt vil ansvaret for å planlegge og drive offentlig virksomhet ligge hos politikerne og hos dem som er ansatt til å lede og utføre disse oppgavene. Her vil representanter for brukerne representere en av flere aktuelle aktørgrupper som sammen må medvirke for å få bedre planlegging og tjenesteyting.”

Ser vi på hvilket brukermedvirkning det har vært på sentralt nivå, har den på den ene siden vært varierende, og på den andre siden ikke spesielt imponerende, særlig ikke om man tar i betraktning den store retorikken om temaet. Vi har også fått noe motstridende opplysninger om i hvilken grad brukerorganisasjonene har vært inne i bildet. Mens departementet har opplyst at bl.a. FFO ble tatt med på råd da *Kultur og helse* ble utformet, mener FFO at den første henvendelsen til dem kom høsten 1998, da de ble invitert til en statuskonferanse i Oslo. Da var altså løpet mer enn halvgått. Siden ble de også invitert til å være med i en arbeidsgruppe om videreføring av satsingen, men takket nei, både av kapasitetshensyn og fordi *Kultur og helse* prosessen da var på vei inn i slutfasen.

I hvilken grad brukerne blir trukket inn, har selvfølgelig også sammenheng med hvilke organer man har etablert der det naturlig å gi dem en plass. På sentralt nivå har det vært tre aktører:

- Sosial- og helsedepartementet har ikke hatt noen spesiell styringsgruppe, referansegruppe eller likende for sin del av satsingen. Det har dermed ikke vært noe sentralt utvalg der det hadde vært naturlig å la brukerne være representert. På den ene siden er det mye som tyder på at departementet og deres delprosjekter har klart seg bra uten noe slikt forum. Samtidig kan man spørre om det kanskje burde det vært et slikt utvalg, om ikke annet for å ha et forum for brukerrepresentasjon?
- Kulturrådet har hatt et sentralt prosjektutvalg som har fulgt deres del av satsingen. Det har vært det viktigste sentrale organet, og der har også departementet deltatt. Det

har dessuten hatt representanter for politikersiden og for kultursiden, men ingen som har representert brukerne.

- Rikskonsertenes del av satsingen, 2kryss, har hatt sin egen referansegruppe, og der har brukerne vært sterkt representert: Gruppen har bestått av tre brukerrepresentanter hentet fra de psykiatriske institusjonene som deltok i 2kryss, to musikere, og en leder som også var medlem av Kulturrådets prosjektutvalg.

Med andre ord har de som har snakket høyest om brukermedvirkning, nemlig departementet latt være å lage den arenaen der det hadde vært naturlig å invitere brukerne til å delta og medvirke, Kulturrådet har hatt et slik forum der også departementet har vært representert, men uten brukerrepresentanter. Det er ingen grunn til å betvile at de har hatt et brukerperspektiv på satsingen i den forstand at de har lagt vekt på hva brukerne kunne ha behov for. Det at noen skulle få det bedre, ble også vektlagt sterkt i intervjuer med sentrale initiativtakere i departementet. Men bare 2kryss, som har framstått som den ”mest kulturelle” delen av programmet, faktisk har hatt med representanter for brukerne. I følge informanter i 2kryss, er det verken departementet, Rikskonsertene eller sentrale prosjektledere som skal ha æren for brukernes posisjon i denne referansegruppe. Det var heller brukerne selv som meldte seg og ville ha et ord med i laget. En annen sak er denne referansegruppa har hatt en ganske tilbaketrukket funksjon i utviklingen av prosjektet. I følge informanter har brukermedvirkningen vært ganske kraftig i 2kryss, men det har vært på grasrotplanet og slettes ikke høyere enn i løvetannhøyde!

Sett under ett har brukerne med andre ord i all hovedsak verken deltatt eller styrt på det sentrale nivået.

## 7.5 Lokal brukermedvirkning

Mange av de brukerne som har vært inne i *Kultur gir helse*, er ikke organisert, og det gjør organisert brukermedvirkning vanskelig, om enn ikke umulig også på lokalt nivå. Det er også spørsmål om hva slags målgrupper man retter seg inn mot. Når prosjektet i Karasjok i hovedsak var rettet mot bygdas befolkning, kan man kanskje si at den var representert i styringsgruppa og referansegruppa gjennom de kommunalpolitiske medlemmene. I Karasjok samarbeidet prosjektet dessuten med Frivillighetssentralen, og lederen for sentralen var et viktig og aktivt medlem i referansegruppa.

Det kan imidlertid være et problem at de aktive medlemmene av viktige brukerorganisasjoner er opptatt og belastet, slik at det blir vanskelig å få dem med. For eksempel hadde prosjektet i bydel Bygdøy-Frogner en referansegruppe som blant annet omfattet representanter for Eldrerådet, FFO og det lokale kultur- og historielaget. På organisasjonsplanet var det mer etter intensjonen enn det vi fant i de fleste andre delprosjektene. Men i praksis viste det seg vanskelig å bruke referansegruppa fordi medlemmene var svært så opptatt og vanskelige å samle til møte. Slike problemer har de også hatt i andre deler av landet. Prosjektet i Tromsø rapporterte for eksempel følgende ved utgangen av 1998:

”Vi ønsket at Mental Helse skulle være med i styringsgruppa. Organisasjonen har imidlertid vært i en vanskelig periode hvor de har gitt uttrykk for at de ikke har kapasitet til å delta i styringsgruppa, selv om de er positivt innstilt til prosjektet.”



Andre eksempler på organisert brukermedvirkning har vi i Sunndal, der FFO hadde en representant i styringsgruppa. I FYSAK Nordland var forskjellige pasientorganisasjoner aktive deltakere i mange av kommuneprosjektene. I Fauske deltok den lokale revmatikerforeningen og i Tysfjord var LHL (forening for hjerte- og lungesyke) en medspiller.

Vi har også eksempler på at *Kultur gir helse* har bidratt til å organisere grupper som i utgangspunktet har manglet et forum. I Sunndal tok prosjektet initiativ til å organisere Flerkulturelt forum, og hjalp til bl.a. med å ta seg av sekretærfunksjonen så lenge prosjektet varte. Dette ser ut til å være en aktiv organisasjon som vil bestå etter at prosjektet er slutt.

Prosjektfloraen omfatter bare et eksempel på ett delprosjekt som er direkte knyttet opp mot en brukerorganisasjon, nemlig prosjektet i regi av Møre og Romsdal fylkeslag av Norsk revmatikerforbund. De har vært medspillere i Sunndal kommune, og de har hatt delprosjekter i Haram og ved revmatologisk avdeling ved Sentralsjukehuset i Møre og Romsdal. Prosjektlederen derfra er den eneste brukerrepresentanten som regelmessig har deltatt på prosjektledersamlingene. Hun har også hatt innlegg om brukermedvirkning. Delprosjektet har hatt flere forskjellige aktiviteter, men særlig konsentrert seg om funksjonshemmedes tilgang til varmtvannsbasseng. Dette er for øvrig eksempel på et delprosjekt som var påtenkt i god tid før *Kultur gir helse* inviterte til samarbeid. Prosjektideen oppsto allerede i 1995, og i januar 1996 fikk foreningen avslag på en søknad til Sosial- og helsedepartementet. Da *Kultur og helse*-invitasjonen kom, var det naturlig å melde seg igjen. Bakgrunnen har vært en opplevelse av at mange revmatikere hadde en isolert hverdag, der det var behov for aktivisering. Foreningen har også lagt vekt på å bruke prosjektet til å oppnå aksept for deltakelse og medvirkning<sup>45</sup>.

Selv om vi kunne nevne mange flere eksempler på organisert brukermedvirkning i kommuneprosjektene, vil vi likevel oppsummere at det jevnt over har vært relativt lite organisert brukermedvirkning på lokalplanet. Flertallet av de lokale prosjektene har ikke involvert brukerorganisasjonene, også der slike finnes. Som vi skal komme tilbake til, kan dette kanskje ha sammenheng med at slik brukermedvirkning ikke har fått tilstrekkelig synlig prioritet på sentralt nivå.

## 7.6 Brukermedvirkning på individnivå

Akkurat som det varierer mye hvilke brukere man har satsset på, varierer det også mye hvordan brukerne av tiltakene deltar i beslutninger som angår dem. Ofte er det de små beslutningsprosessene som brukerne inviteres inn i. Det dreier seg om at deltakerne i turgruppa Tjuddur'n i Levanger er med på å bestemme hvor turen skal gå. De psykisk utviklingshemmede i Vestvågøy er med når repertoiret bestemmes for hvilken musikk de skal spille. Og i på Elvahuuset i Førde bestemmer deltakerne i lesegruppa hvilken forfatter de skal konsentrere seg om. I disse sammenhengene er det altså arrangørene som har bestemt rammene og som har invitert brukerne inn, og når det passer er brukerne med i beslutningsprosessen. På den ene siden kan det synes smått og uvesentlig i forhold til store ord og ideologier om brukermedvirkning. Akkurat som deltakerne på Bygdøy-Frogner sin malegruppe for folk med psykiske problemer bestemmer selv hva de skal male, skulle det kanskje bare mangle at ikke turgåerne fikk beslutte hvor turen skal gå. På

<sup>45</sup> Foreningen har dessuten samtidig vært engasjert i andre brukermedvirkningsprosjekt. Se for eksempel notatet *Korleis få brukarane med på å definere og bestemme kvaliteten på sjukehusenester*. Prosjektrapport 1996-99. Norsk Revmatikerforbund 1999.

den andre siden er det ingen grunn til å undervurdere den betydningen av denne deltakelsen. For Tjuddur'n er det ingen tvil om at planleggingsmøtene på Rådhuskafeen er like viktig som selve turen for mange av deltakerne.

Der målgruppene er i stand til det, finner vi også tiltak som er temmelig selvstyrte. For å bli i Levanger, kan vi bruke reiseklubben for de eldre som eksempel. De legger opp løpet selv, og det eneste prosjektet har bidratt med, er hjelp til organiseringen.

Vi finner også gode eksempler på at brukerne er sterkt inne i bildet når det dreier seg om målgrupper som vi kanskje kunne tro at ikke var i stand til det, som når langtidspasienter i tungpsykiatrien i Vestfold har vært drivkraft i kulturgrupper på de psykiatriske institusjonene. Det eksempelet skal vi komme tilbake til.

For øvrig kan vi merke oss graden av individuell brukermedvirkning har sammenheng med om tilbudet regnes som terapi, eller om det mer betraktes som en kulturaktivitet som skal ha verdi i seg selv. Når kulturinnslaget kommer i form av kunstterapi eller uttrykks-terapi, slik det for eksempel har gjort det i prosjektet i Drammen, er det terapeuten som vurderer at dette er til beste for brukerne. Flyktningbarna i musikkterapigruppene i Kristiansand kan også si ja takk eller nei takk til tilbudet, dvs dersom foreldrene av religiøse eller andre grunner ikke vil at barna skal delta, men da forsøker man å overtale dem. Dette er tilbud som skjer i arbeidstida eller i skoletida, og som altså er definert som behandling. De tilbudene som har mer preg av fritidsaktivitet, slik det for eksempel har vært i Vestfold-prosjektet, foregår utenom "arbeidstid", og selv om det der også er spørsmål om å si jatakk eller neitakk, er det en annen type frivillighet og dermed medvirkning.

I kulturelle fritidstiltak vil dessuten den individuelle medvirkningen kanskje også bli noe annerledes i avgrensede spesialtilbud, sammenliknet med integrerende tilbud som er for alle.

Som et eksempel på et spesielt tilbud, har vi allerede nevnt malerverkstedet i Bygdøy-Frogner prosjektet i Oslo. Brukerne av verkstedet ble rekruttert via psykiatrisk sykepleier i bydelen, frivillighetssentralen og helsevesenets annenlinjetjeneste. Når vi karakteriserer dette som fritidstilbud heller enn som terapi, er det også fordi prosjektet ansatte en billedkunstner og ikke en helsearbeider til å drive det. I følge den lokale prosjektlederen, fungerte det meget bra. Den ansatte kunstneren viste seg å besitte såvel pedagogiske evner som evner til å takle vanskelige situasjoner når noen av brukerne har det vanskelig og for eksempel blir utagerende. Verkstedet fungerte som et lav-terskel tilbud, der det var "lov" å bare komme og sitte i sofaen én gang i blant. Det var heller ikke obligatorisk oppmøte for de påmeldte, men en forpliktelse til å si fra dersom man blir borte en gang, når man først er innenfor. Det viste seg etter hvert at de klarte å ta i mot folk som var temmelig dårlige. Brukere har gått der helt opp til innleggelsetidspunktet når psykoser har vært under utvikling.

## 7.7 Brukerne, kultursjefen og Rådhuskaféen

Dette underkapittelet vil gi et eksempel på kulturetatens møte med helsesektorens brukere, og vise hvilke utfordringer det førte med seg. Foran har vi beskrevet turgruppa Tjuddur'n i Levanger, der hjemmeboende personer med psykiske problemer har gått på tur sammen hver fredag, og brukt onsdagsformiddagene til planleggingsmøter på Rådhuskafeen. For initiativtakerne var målene i utgangspunktet ganske beskjedne. Det

dreide seg i første omgang om å få dem til å stå opp i tide på fredagene, og i neste omgang om å få dem inn i Rådhuset for planleggingsmøter, dvs få dem inn det offentlige rom.

Den rent fysiske konteksten, Rådhuset i Levanger, er nytt og moderne. Kultursjefen satt i sin tid i utsmykningskomiteen for huset. Det ble lagt vekt på at den kunstneriske utsmykningen skulle stå i stil med huset, og prosessen medførte adskillig offentlig debatt i Levanger, også i lokalavisa. Ikke alle lokale krefter var like enig i den moderne kunsten som ble valgt, og enkelte mente det var for galt at ikke mer lokale kunstnere ble brukt. Kultursjefen oppfattet det imidlertid som sin oppgave å ivareta de kunstneriske og arkitektoniske hensyn, og avviste lokale forslag om utsmykning som ut fra rådende kunstnerisk oppfatning ikke passet inn.

Etter hvert som deltakerne i Tjuddur'n fant seg til rette i et hjørne av Rådhuskafeen, ble også de pårørende opptatt av framgangen til sine. Far til en av deltakerne brente i den sammenheng inn "Tjuddur'n" i ei trefjøl som sønnen fikk med seg. Fjøla ble så dekorert med ei trerot som de hadde funnet på turene sine. Så kom henvendelsen til kultursjefen om de kunne få henge opp denne dekorasjonen i "sitt" hjørne av kafeen. Henvendelsen virvlet opp mange spørsmål og problemstillinger. Her hadde man holdt strengt på at utsmykningen skulle være i stil med husets utforming, og avvist lokale kunstnere som så det nye Rådhuset som en mulighet til å få vist seg fram. Turgruppas forslag sto på ingen måte i stil med utsmykningen for øvrig.

Samtidig ble det nødvendig å stille seg spørsmålet om hvem Rådhuskafeen skulle være for. Det ble også vurdert om det var riktig å la Tjuddur'n markere på denne måten at de hadde en krok for seg selv. Kultursjefen bekymret seg for hvilke konsekvenser det kunne få, ikke bare for andre brukere av Rådhuskafeen, men også for turgruppas egne medlemmer. Kunne det virke stigmatiserende, var det egentlig i deres egen interesse?

Etter nøye overveielser og påtrykk fra turgruppas ledere, endte det imidlertid med at Tjuddur'ns dekorasjon ble hengt opp. Samtidig ble det satt opp en oppslagstavle som skulle informere om HelKul-aktiviteter, og det ble understreket at dette var en HelKul-krok, og ikke bare Tjuddur'ns del av kafeen. Kultursjefen forteller i ettertid at hun også la vekt på at HelKul var et tre-årig prosjekt. Det var med andre ord ingen varig utsmykning det her var snakk om. I skrivende stund, etter at prosjektet er avsluttet, henger skiltet og trerota der fremdeles, side om side med Marianne Heskens kunst, og det er ikke noe som tyder på at det blir tatt ned med det første.

På mange måte kan dekorasjonen illustrere spennet, både i HelKul-satsingen i Levanger, og i *Kultur gir helse* som et landsomfattende prosjekt. Den illustrerer også bredden i kulturbegrepet, og de utfordringene som brukerne kan komme til å stille kultursiden overfor, når det gjerne vil ha med seg "sin" kultur inn i "sin" del av det offentlige rom. Dessuten illustrerer den hvordan tilhørighet til rommet er viktig, kanskje særlig for denne gruppa som i alt for stor grad har opplevd utestengning heller enn inkludering.

Den kan også minne om at spørsmålet om stigmatisering, som kultursjefen en stund var opptatt av, nok ofte kan overlates til de marginaliserte gruppene selv å vurdere. I ettertid har det nemlig vist seg at resultatet i dette tilfellet har blitt integrering heller enn stigmatisering. For det første har tilhørigheten til den "egne" kroken gjort Tjuddur'ns medlemmer tryggere mht. å bruke også andre og mer synlige deler av kafeen og Rådhuset. Dessuten viste det seg at utsmykningen og informasjonstavla gjorde denne delen av kafeen litt ekstra hjemmekoselig. Den har blitt et samlingssted for dem som

jobber med HelKul, og kultursjefen har også observert at bondekoner på bytur gjerne velger akkurat den kroken for kaffe og wienerbrød med venninner.

Tjuddur'n-fjøla og trerota henger altså der fremdeles, som en påminnelse om det spenningsfeltet som utløses i møtet mellom kultur- og helseetaten. Her er ligger det utfordringer, ikke bare for kultursjefen i Levanger, men for hele kulturinstitusjonen og den kodifiserte oppfatning av hva som skal være "kultur".

## 7.8 Bingo og røykerom kan gi helse

Brukermedvirkning kan i noen sammenhenger tolkes som at man skal gi brukerne det brukerne vil ha. I forhold til de målgruppene som de lokale delprosjektene har konsentrert seg om, har det medført problemer når intensjonen og det som gjøres, skal tilpasses målgruppens ønsker. Da blir det spørsmål om hvor vidt man kan definere kulturbegrepet. Ulike kulturuttrykk har nemlig ulik legitimitet i ulike sosiale grupper, og i noen sammenhenger virker det like naturlig å satse på tur som på kultur, eller på hyggekvelder like gjerne som kulturkvelder.

Vi kan tenke oss en målgruppe med ensomme og enslige menn, med en bakgrunn som tidligere industriarbeidere, en målgruppe som mer enn gjerne kunne kvalifisere til å være i fokus for *Kultur gir helse*. Dersom man så spør dem hva de trenger, eller hva de savner fra sitt tidligere mer aktive liv, er det slett ikke utenkelig at det de savner mest, er røykerommet på fabrikken. Dvs. det de egentlig savner, er selvfølgelig det sosiale samværet som hadde sitt utspring i røykerommet. Kan man da i regi av et *Kultur gir helse* prosjekt gi dem røykerommet tilbake? Uansett hvor usunt det er å røyke, er det trolig sunnere å røyke sammen med andre, enn å sitte alene hjemme hos seg selv.

Nå er det oss bekjent ikke etablert noen røykerom i regi av denne satsingen. Derimot har bingo vært et innslag i flere av delprosjektene. Og flere vil nok kanskje mene at det er å trekke kulturbegrepet vel langt bort fra det som tradisjonelt skal være kulturpolitikens arbeidsfelt. Også ute i delprosjektene har de noen ganger opplevd at det kan bli i meste laget. Et referat fra den lokale styringsgruppa for *Kultur gir helse* på Askøy, gir følgende oppsummering fra en samling de har hatt: "*Det blir for mye med fire omganger bingo på en kveld, det var enighet om at to omganger bør holde på en vanlig kveld.*"

For øvrig skal vi ikke undervurdere bingo som basis for sosial nettverksbygging. I Eigersund har de tatt inn under sin prosjektparaply den ukentlige bingoen på Damsgård eldresenter. Den startet opp for 15 år siden i regi av "fagforeningens pensjonistlag". I evalueringen av Eigersund-prosjektet kommer det fram at bingoen kan virke kontaktskapende og øke livskvaliteten for ferske pensjonister som forsøker å finne ut hva de skal bruke sin nyrehvervede fritid til (Dahle 2000:12). I dette tilfellet har den positive effekten sammenheng med at deltakerne fra før av utgjør en sosial gruppe. Mange av er med i pensjonistlaget, og de har mer til felles enn at de er eldre og går på bingo. En av dem som evaluatørene har snakket med, forteller at han ble et helt nytt menneske etter at han begynte på bingoen. Det var konen som lokket ham med, og det er han glad for. Han hadde grudd seg til å bli pensjonist, men nå har han mer enn nok å gjøre. Han har et stort sosialt nettverk.

I de tidlige fasene av denne evalueringen, var vi opptatt av hvordan brukerorienteringen kunne sette kulturbegrepet på prøve, og kanskje også virke til å utvanne det. Og det er

ingen tvil om at dette har skjedd i enkelte av delprosjektene. Imidlertid viser det seg at vi også har brukere som har virket til å dra prosjektet andre veien.

## 7.9 Når brukerne har mer kulturell kapital enn hjelperne

Et eksempel på det har vi *Kultur gir helse* prosjektet i Førde. Som nevnt tidligere, er prosjektmidlene der i hovedsak brukt på "Elvhuset", et allaktivitetshus, som også omfatter dagsenter for folk med psykiske problemer. Senteret eksisterte før *Kultur gir helse*, og er altså ikke et resultat av satsingen. Midlene har imidlertid blitt brukt til å få mer kultur inn i tilbudet, som omfatter både bingo, musikktimer, kino- og galleri-besøk. Som en lokal politiker uttrykte det i intervju med oss: "Det er all right å få dem med ut på noe."

Blant brukerne av Elvhuset har vi intervjuet både dem som var der på grunn av en psykiatrisk diagnose, og noen som hadde en tilpasset, vernet arbeidsplass der. Brukerne fortalte at de hadde stor glede av kulturtilbudene. De nevnte ikke ettermiddagene med bingo, men de var opptatt av utstillingene og av musikktilbudet.

Vi fikk inntrykk av at flere hadde deltatt på ulike kulturtilbud før de ble dårlige, og at tilknytningen til Elvhuset gav en mulighet til å fortsette med dette, selv om de kanskje hadde for mye angst til å være med på samme måte som før. De beskrev enstemmig og entydig en situasjon der kulturtilbudene hadde en verdi i seg. " *Kultur gir helse fordi det gjør livet meningsfullt*", sa de. Samtidig ønsket de å stille krav:

"Men det må være kvalitet. Vi blir dratt med på for mye møl. Det må være bra. Noen utstillinger av lokale amatørkunstnere har ikke vært bryet verdt å gå på."

Brukerne som altså skulle få helse gjennom kultur, vektla kulturtilbudene som verdifulle i seg selv, ikke som noe som skulle være et middel til å oppnå noe annet. I samtalene med hjelperne, altså de som jobbet på Elvhuset, fikk vi et litt annet bilde. De la vekt på andre deler av Elvhusets kulturtilbud, bl.a. bingoen og kafebesøkene. Dessuten framhevet de det instrumentelle aspektet. Sosial trening og sosialt samvær ble det viktigste ved så vel det å gå på kafé som ved å besøke kunstutstillinger:

"Vi må gå sammen med dem, ellers blir det ikke noe. Det er også en trening selve det å ta på seg og gå ut. Noen av brukerne har en tendens til å sitte klar med yttertøyet på lenge før vi skal til å gå. Og det er ikke bare greit å ha dem med på utstilling. En av dem ble så opptatt av et spesielt bilde at det var umulig å få han med videre."

Norsk kulturråd og Sosial- og helsedepartementets tilnærming til *Kultur gir helse* har vært å gi marginaliserte grupper og småforbrukerne av kultur noe å strekke seg etter. Det skulle være "akseptabelt" å begynne med bingo, dersom det i neste omgang kunne føre til at man fikk bingospillene på andre, mer krevende kulturtiltak. I Førde synes dette i hvert fall i en viss grad å være snudd på hodet. Nå var det nok de minst dårlige brukerne vi fikk kontakt med, men for å sette det på spissen kunne vi kanskje si at der var det brukerne som kunne gi hjelperne noe å strekke seg etter. Brukerne ønsket å vektlegge selve kulturopplevelsen, og gav indirekte uttrykk for at de ville ha seg frabedt kultur bare skulle være et middel til å oppnå noe annet.

Tilsvarende tendenser har vi sett i Vestfold fylkeskommune. Der er brukerne adskillig dårligere enn dem vi møtte i Førde. Vestfold-prosjektet heter ”Kulturkontakt i psykiatrien”. Målet deres har vært å bruke det ordinære kulturlivet i fylket til å bedre livskvaliteten til folk som bor i 4-5 psykiatriske institusjoner. Målgruppa er med andre ord folk som ikke er så friske at de kan bruke et dagtilbud eller gå på tur med ei turgruppe. Dette er stort sett folk med behov for langtidsbehandling og omsorgstiltak innenfor det psykiatriske hjelpeapparatet. Mange av dem er tvangsinnlagt. Likevel har de vært ambisiøse nok til å si som en del av målsettingen sin at *kontakten med kulturlivet må ta utgangspunkt i pasientenes differensierte behov*.

Fra Vestfold-prosjektets side har det også etter hvert blitt et viktig premiss at de som er innlagt i en psykiatrisk institusjon lett kommer i en situasjon der den kulturelle kapital de måtte ha hatt før innleggelsen, forvitrer. Innenfor institusjonsveggene blir den ikke verdsatt, der er den ofte ubrukbar og lite omsettelig.

## 7.10 Å leve selv om man er innlagt

For å illustrere hvordan dette kan oppleves fra brukersiden, formidler vi historien til ”Nina”, en av deltakerne i Vestfoldprosjektet - slik hun selv forteller den<sup>46</sup>:

”Jeg er pasient på Granli psykiatriske senter i Tønsberg. Jeg har vært innlagt i mange år og har vært på forskjellig institusjoner og avdelinger, alt fra sikkerhetsavdeling til åpne oster. Min diagnose er schizofreni. Det har vært en tøff vei, men nå har jeg vært stabil over lengre tid og er på vei ut, men trenger å ha kontakt med psykiatrien enda en lang stund. Før jeg ble innlagt hadde jeg vært mye både på teater og konserter, jeg har vært med i teatergrupper og har gått musikk/teaterlinje på folkehøgskole. Den gangen elsket jeg å stå på scenen. Det beste med det var å spille en rolle, så det er ikke like enkelt nå, men jeg savner det, savner samholdet som var, en gjeng som skulle sette opp et stykke. Alle var avhengig av hverandre for at det skulle bli bra. Men når jeg ble tvangsinnlagt i -92, var det helt slutt på kulturelle ting.

Det var ikke snakk om kultur på institusjonen, men jeg husker to ganger i løpet av flere år, og begge gangene var jeg ganske dårlig. Men, - det at noen tok meg med på teater, - det var stort. Teaterstykket trengte ikke være noe storslått, men bare det å sitte i en teatersal, leve seg inn i stykket, se og høre noe utenfor de stengte dørene og glemme plagene sine for en stund. Så det var synd at det ikke skjedde oftere.

Men så ble det satt i gang et 2-årig prosjekt i Vestfold: ”Kulturkontakt i psykiatrien.” Målet var at psykiatriske pasienter skulle få muligheten til å gå på forskjellige kulturarrangement i Vestfold. Prosjektleder har vært Kari Kobro, hun har gjort en kjempejobb og har vært brobygger mellom de psykiatriske institusjonene og kulturlivet. Det har vært opprettet kulturgrupper på alle institusjonene. Jeg har vært med i den på Granli. Jeg synes det har vært kjempe – all right, det å være bruker av prosjektet, pluss at jeg har vært med å drive det på en måte. Kulturgruppen har fulgt med i hva

<sup>46</sup> ”Nina” fortalte sin historie på en erfaringskonferanse i Gamle Losjen i Oslo i desember 1999. Den er også trykket i sluttrapporten fra Vestfold-prosjektet (Kobro 2000:23).

som skjer av kulturarrangementer rundt omkring, og har organiserte dette videre og motivert både pasienter og innstillingen til personalet.

Det er viktig å motivere. Det er mange som ikke hadde blitt med ellers. Noe annet som er viktig er å lytte til pasienter og høre hva vi vil. Psykiatriske pasienter, også de som er ganske dårlige, har interesser når det gjelder kultur, bare de vet at muligheten er der. Min rolle som pasient gjorde at jeg kunne snakke med andre om hva som foregår av kulturelle ting, og hva folk hadde lyst til å gå på. Dette kunne jeg ta med til kulturgruppen som jobba videre med dette. Så jeg mener at det er viktig at de som skal benytte seg av dette tilbudet også er med å drive det. Men det som gjorde dette mulig var at økonomien gjennom prosjektet ordnet seg. For de det handler mest om, er langtidspasienter, og de fleste av oss har ¼ G, det vil si 1500 kr i måneden. Men hvis vi hadde fått honnør-rabatt på røyk hadde vi kanskje hatt en liten mulighet til å dra på kulturarrangementer, men bare fordi det ofte er veldig dyrt.

Noe som også har vært veldig all right var at pengene var lett tilgjengelig. Man slapp å søke i fire eksemplarer og to måneder før man skulle på en konsert. Men det beste var at vi fikk muligheten. Og på Granli, der jeg er, var det kjempeinteresse. Kultur er jo et vidt spekter, så alle fant noe som interesserte dem. Alt fra Smokie-konsert til sirkus. Og det er mange som har vært på flere ting, enten de som har vært med på kulturarrangement før eller de som var på noe for første gang. Og det rom for både å gå i grupper eller alene med en personal. Det som også er positivt er at det ikke er tvang. Det er så mye i psykiatrien som oppleves som det.

Det har også vært arrangert internkonserter på institusjonene. De konsertene som har vært har vært kjempebra. Det er kjente norske artister som har kommet. Når det er internkonserter har jo flere muligheten til å komme i forhold til hvor dårlig en er. Da prosjektet begynte var jeg fortsatt på sikkerhetsposten og hadde en innmari tøff tid bak meg, men var da på vei oppover, så kulturen har vært min følgesvenn fra lukket avdeling til åpen, og da videre til leiligheten. Det har vært som en drøm for meg, jeg hadde aldri trodd at jeg skulle oppleve dette på institusjonen. Men heldigvis så gjorde jeg det, det er snakk om å leve selv om man er innlagt. Det å kunne se i aviser, på plakater, om ting som skjedde eller at noen fortalte for eks. om en bra utstilling, og da kunne få muligheten til å få med seg dette. Det er viktig å kunne gjøre det som vanlige folk gjør, for det blir sånn for oss. Når en har vært innlagt lenge, så er vi ”gærningene som sitter oppe på Granli”, men de andre som er der ute er de vanlige folka, og vi har lyst til å gjøre som dem. Når jeg har vært dårlig i en lang periode, og kanskje har vært skjerma, og da sakte men sikkert blir bedre, da er det utrolig godt å få oppleve noe som man kan leve seg inn i, og ikke bare et kafé-besøk. For meg er hvert stykke, utstilling eller konsert en opplevelse, selv om der et er bra eller dårlig for det er stort sett alltid en ting man kan ta med videre.

For meg har det også vært all right å følge med i kulturlivet, for jeg har etter hvert lyst til å være med i en teatergruppe. Selv om jeg bare får statistroller, det er bare det å være med. Men når jeg da skal omgås de i gruppa har jeg opplevd noe som har med kulturelle ting å gjøre, og da viser jeg at jeg har interessen. Jeg kan snakke om ting jeg har sett, og ha mine meninger om det. Jeg tror ikke jeg hadde tort å kontakte en gruppe hvis jeg

ikke hadde vært med på noe kulturelt. Jeg har vært heldig. Den primærkontakten jeg har nå er kjempekulturell. Hun er også med i kulturgruppa på Granli. Vi har vært på flere ting sammen, vi har bl.a. sett Sofies verden, og det var stort! Til og med å kjøre over flystripa gjorde inntrykk, så da kan dere tenke dere resten. Og når vi snakker sammen om det vi har sett, så føler jeg at vi snakker samme språk,- eller ikke helt for hun er svensk, men jeg føler at jeg henger med og det føles godt.

Jeg har vært veldig heldig og fått være med på masse. Det er så mye som har gjort inntrykk på meg, bl.a. Gjøkeredet som ble satt opp i Tønsberg. Det var kjempesterkt for teater blir så veldig nært. Jeg tenker på at hvis jeg ikke hadde hatt noe kontakt med kulturlivet før jeg var skrevet ut, kunne det bli tøft, for det blir på en måte å tørre igjen. Det høres kanskje litt rart ut, men det gjør noe med en når man har vært innlagt i mange år. Institusjonen blir på en måte et eget lite samfunn, helt til man er mer eller mindre ute, og hvis man da må begynne helt på start igjen med alt, kan det bli vanskelig. Da har det vært veldig all right for meg å ha øvd meg på å gå på kulturarrangementer igjen. Dette prosjektet har betydd mye for meg. Det har kanskje ikke gjort meg frisk, men friskere, og det har vist meg veien til den stien jeg gikk på før jeg ble syk.”

Ninas fortelling taler for seg selv. Skulle vi likevel tydeliggjøre noen av poengene hennes, måtte det for det første være at hun peker på to viktige rammebetingelser. For det første er det en fordel å ha nære hjelpere som selv er kulturelt interessert, slik Nina har. Og ikke minst er økonomien viktig. Det å være kulturkonsument kan være dyrt. Det er ikke vanskelig å forstå at den som har 1500 kr disponibelt i måneden må prioritere beinhardt. Samtidig viser sluttrapporten fra Vestfold-prosjektet at krav til en økonomisk egenandel fra deltakernes side, blir besvart med et krav om at de vil deltakerne både velge og vrake selv blant kulturtilbudene. De arrangementer man prioriterer å være med på, blir de som allerede ligger klart innenfor brukerens eget interessefelt.

Det viktigste i Ninas fortelling er likevel at hun synliggjør hvordan kultur kan forebygge det verdighetstapet som å ofte følger med rollen som psykiatrisk pasient. Deltakelsen i kulturlivet virker normaliserende, ikke minst fordi pasientene på Granli nærmer seg det på samme måte som alle oss andre, de leser annonser og ser på plakater og tenker at dette vil jeg gjerne være med på. Slik gjør deltakelsen henne mer lik ”de andre” og det gir henne noe å samtale om, for eksempel når hun skal ta skrittet og melde seg inn i en teatergruppe. Slik sett har det preg av å øve seg på å ”gå på den stien jeg gikk før jeg ble syk”. Men samtidig er det tydelig at det betyr noe mye mer enn det. Kulturopplevelsene er viktige i seg selv.

Det får vi også bekreftet i svarene fra de andre brukerne av Vestfold-prosjektet. De ble spurt om hva kultur gjorde med følelsene deres. Mange av dem pekte på kultur som et viktig virkemiddel for å komme i kontakt med egne følelser. Sluttrapporten oppsummerer at kultur og kunstopplevelser i løpet av prosjektet har gitt brukerne både gode og mindre gode følelsesreaksjoner (Kobro 2000:19) . Det overveiende inntrykk i samtalene er likevel sammenhengen mellom kultur og liv, - det å føle seg levende. Dette kommer best til uttrykk i det engasjementet brukerne legger for dagen i disse svarene:



- ”Jeg trenger kultur for å få ut følelsene, jeg blir mer levende i sjela.”
- ”Vi glemmer oss selv for en stund, gir meg mer styrke. Kan leve på opplevelsen i flere dager.”

## 7.11 Kulturgrupper i psykiatrien

Det viktige grepet i Vestfold-prosjektet har vært å etablere kulturgrupper på alle de psykiatriske institusjonene i fylket. Disse kulturgruppene har flere oppgaver, men de viktigste er kanskje å ta et hovedansvar for den kulturelle aktiviteten på institusjonen, og å etablere samarbeid med kulturaktører utenfor institusjonen, for eksempel med kommunale kulturkontor, museene, Festspillene i Vestfold osv. Alle kulturgruppene, også de som er på institusjoner med folk som er svært dårlige, har hatt med en eller flere brukere. Og dette har stort sett fungert!

Vestfoldprosjektet har gjennomført en brukerevaluering, som er referert i sluttrapporten deres (Kobro 2000). For brukere som har sin hverdag i en psykiatrisk institusjon, blir forholdet mellom arbeid og fritid annerledes enn for oss andre. Kobro reflekterer rundt dette, og sier blant annet:

”Det ”nyttige” i det å arbeide mangler ofte i deres hverdag, eller oppleves i institusjonshverdagen som venting, kjedsomhet eller som det å ”ligge på senga og røyke”. I dette bildet ser vi at kultur deltakelse kan være med og ordne tidsopplevelser, skille ”arbeidet” enten det består av et direkte terapeutisk tilbud eller aktivitet av mer kjedsom karakter som her nevnt, og den mer fritidsbaserte frivillige kulturaktiviteten som i hovedsak foregår på kveldstid. Samtidig ser vi av brukernes svar at de har en klar oppfatning av kulturens både opplevelsesbaserte frivillige perspektiv og kulturens instrumentelle funksjon, knyttet til terapien de står i. Det er en iøyefallende klarhet i brukergruppa mht denne todelingen som ikke i samme grad gjenspeiles i personalgruppa. Her synes det å være et større behov for enten å definere kulturaktiviten som et fritidstilbud eller å definere den som et virkemiddel i det terapeutiske arbeidet. Det er derfor svært interessant å registrere brukergruppens umiddelbare og ukompliserte forståelse av dette som både et fritidstilbud - og et terapeutisk tilbud.” (Kobro 2000:22)

Men selv om også de sykeste har deltatt i prosjektet i Vestfold, betyr ikke det at vi skal idyllisere situasjonen. Prosjektet har primært forsøkt å benytte seg av det ordinære kulturtilbudet i fylket, men for en del pasienter blir dette for krevende. For noen er sykdommen så funksjonshemmende at kulturen må komme til dem og ikke de til kulturen. Prosjektledelsen i Vestfold har også erfart at mange institusjonsbrukere har et fremmedgjort forhold til kultur (Kobro 2000:17). For dem har man innledningsvis forsøkt å bringe kulturen til målgruppa, slik at de på sikt selv ønsker å gå til kulturen.

Brukernes spesielle situasjon har også i noen sammenhenger vanskeliggjort brukermedvirkning i tradisjonell forstand. Selv om man har blitt positivt overrasket i noen sammenhenger, er ikke alle brukere i stand til å medvirke. Prosjektledelsen oppsummerer det slik:

”Det stiller relativt store krav til brukerne som skal delta i kulturgruppenes planlegging og utformingen av kultursatsingen. Evne til å tenke ut over seg selv synes som en forutsetning. Videre har en kulturgruppe erfart at samtaler i kulturgruppa med brukere tilstede, om hvordan motivere og

informere deler av personalet som ikke bidrar i kultursatsingen, vanskeligjøres på grunn av lojalitet til kollegaene” (Kobro 2000:17)

Prosjektledelsen i Vestfold har også sett brukermedvirkningen i lys av at dette skal dreie seg om et fritidstilbud. Og fritiden skal for målgruppene, akkurat som for alle oss andre, være preget av valgfrihet og medvirkning. Som en av pasientene uttrykte det på spørsmålet om kulturtilbudet ble betraktet som terapi eller som et fritidstilbud:

”Fritid, fordi fritiden vår ikke er som for folk som jobber. Vår ”jobb” er å ligge på senga og røyke mye av dagen mens andre jobber. Kulturopplevelsen blir derfor når vi opplever noe annet, noe frivillig. Bra at det ikke er tvang.”

På et par av institusjonene har pasientene/brukerne vært drivkraften i kulturgruppa - både fordi kultur gir livsmening i seg selv, og fordi det som vi har nevnt har vært viktig for dem å gjøre noe som ”vanlige folk” gjør. Brukerne der har også snakket om betydningen av å motivere, og da mener de ikke bare at det er medpasientene som må motiveres, men også personalet. Dette bekreftes av interne evalueringer i Vestfold-prosjektet. Gjennom spørreskjemaer har de oppsummert hva som oppfattes som svakheter og hindringer. Det er ganske interessant å se at problemene i hovedsak ser ut til å ligge i institusjonenes struktur og organisering (Kobro 1998). Ingen av kulturgruppene pekte på at det var svakheter i brukergruppa. Tvert i mot ble brukernes medvirkning og deltakelse betraktet som en ressurs. Utbrenthet blant personalet ble nevnt som problem, og man kunne få inntrykk av at for en del av de ansatte ble kulturtilbudene en sten til byrden, det ble enda en ting som de skulle klare og være flinke til.

I sin egen interne evaluering, oppsummerer de at de ser konturen av noe som viser seg å være et følsomt tema her (vi kunne kanskje kalt det spenningsfelt): *”Skal kultur være ”dessert” eller et frirom for den psykiatriske pasienten slik de fleste av oss bruker kulturlivet, eller skal man se kultur som en terapeutisk nøkkel til bedre helse og dermed mer direkte bruk av det kunstneriske ”språk” i det terapeutiske arbeidet.”* (Kobro 1998:10) For så vidt illustrerer dette et av poengene som har ligget til grunn for satsingen, og som Peter F. Hjort har gjentatt i flere innlegg: *”Helsetjenesten behandler det syke. Kulturen stimulerer det friske.”*

## 7.12 Stigmatisering i urbane og rurbane kontekster

*Kultur gir helse* dreier i stor grad om å motvirke ensomhet og sosial isolasjon. Prosjektkommunene representerer både urbane og rurale kontekster – men en meget stor del av kommunene representerer noe som er midt i mellom det urbane og rurale. Levanger, Rjukan, Førde – og en rekke av kommunene – er kommuner hvor det bor en 4-10000 mennesker i kommunesenteret, med noen tusen i omegnen rundt. Dette er relativt tette lokalsamfunn. Ikke i den forstand at alle kjenner alle. Slik er det ikke lenger. Men det er nok slik at de fleste kjenner eller vet om de fleste. Hompland og Kjølørød framholder for eksempel at bygdebyen kjennetegnes av det vellykkede. Den materielle velstand er høy.....

”...men bygdebyen har liten variasjonsbredde og er streng i formkrav til normalitet. Bygdebyens ansikt er dei vellykka. ”Dei andre” blir stigmatisert og ekskludert heller enn at dei blir vist omsorg og tatt vare på. Bygdebyen har lite av bygdas virkelige eller idealiserte evne til å ha ein plass for alle. (Hompland og Kjølørød 1983:19).

En problemstilling i *Kultur gir helse* er at man ønsker å gjøre noe for og med de som faller utenfor det vellykkede fellesskap – de med psykiske lidelser, de arbeidsledige, rusmisbrukere, de gamle og ensomme, de funksjonshemmede. Hvordan kan en gjøre dette uten å bidra til stigmatisering og ytterligere sosial isolasjon?

I de mer urbane kontekster – for eksempel i Oslo, men trolig også i Drammen og Tromsø for å ta et par andre større byer i prosjektparken – har man den muligheten at en kan organisere opp brukerne selv, stimulere sosiale fellesskap rundt en felles skjebne. Brukerorganisasjoner, selvhjelpsgrupper, diagnoseorganisasjoner – er ikke bare talerør overfor kommune og offentlige myndigheter. De er like mye viktige sosiale fellesskap som kan redusere den sosiale isolasjon. I de store byene kan du delta i Mental Helse, i Angstringen, i de arbeidslediges forening, etc. etc. uten at noen kjenner deg. Naboene vet ikke hvor du drar når du drar ut med buss eller bil midt på formiddagen – og trolig bryr de seg ikke heller. En innbygger på Majorstua kan dra på Amaldis – uten at noen av naboene vil få vite det. Og ikke gjør det så mye hvis de får vite det. Som regel kjenner en ikke naboene særlig godt utover å være på hils med dem.

Noe av poenget med *Kultur gir helse* er jo å få tak i mennesker som er isolerte, komme i samtalekontakt med dem, slik at de kan motiveres til aktiviteter som kan bryte sosial isolasjon. Vi har sett at det ikke har vært så enkelt i bygdebyene å organisere marginaliserte grupper.

Det ene eksemplet vi kan bruke er forsøket i Tinn på å få tak i den ene ”målgruppen” – Alenemødrene. Prosjektet stimulerte til dannelse av Aleneforeldreforeningen. Som vi viste i kapittel 5 var det neppe grunnlag for en slik organisering. For det første er alenemødre svært ulike i sin livssituasjon og i sine interesser. At man er alene med et eller flere barn gir ikke automatisk et ønske om kontakt med andre som bor alene med barn. Men et like stort problem i Rjukan var at å delta i aktiviteter i alenemødreforeningen, kunne bidra til å påføre kvinnene en identitet som ressurs svak og mindre vellykket. Mange hadde trolig mye å tape og lite å vinne på en slik aktivisering.

Det andre eksemplet er i Levanger hvor et av delprosjektene var et tiltak i regi av Arbeidslediges Forening (ALF). Utfra en forståelse av at arbeidsledighet skaper sosial isolasjon, forsøkte en å skape et treffsted, en kafé, for de arbeidsledige. Det kom svært få. Årsaken til dette er trolig tosidig. Det at du er arbeidsledig gir deg neppe noe stort ønske om å treffe andre arbeidsledige – hvis det da ikke dreier seg om eksisterende arbeiderfellesskap som er blitt ledige. Man vil ha arbeidsledigheten til felles, men kanskje ikke så mye annet. En 23 åring som har blitt ledig fordi sportsforretningen har gått konkurs, har kanskje ikke så mye til felles med en 57-årig skiftarbeider som har blitt overtallig. Men det å være arbeidsledig – hvertfall under høykonjunkturen på slutten av 90-tallet – virker trolig også stigmatiserende.

”Folk føler at det er tabu å være arbeidsledig. De føler at de blir betraktet som giddesløse latsabber. Du føler deg iaktatt, og er redd du kan få negative bemerkninger”. (arbeidsledig mann i 50-åra).

Manglende oppslutning om Aleneforeldreforeningen på Rjukan og Arbeidslediges forening i Levanger, har i betydelig grad blitt forklart med dårlig informasjon – og manglende vilje hos både trygdekontor og arbeidskontor når det gjelder å informere om tilbudet. Årsaken ligger neppe der. Å delta på aktiviteter som påfører en eller forsterker en negativ identitet – er lite rasjonelt. Noen ”blåser” nok i det, men ikke mange nok til å danne et levende sosialt miljø.

Da er det annerledes i Oslo – med ”Aktiv på dagtid” – hvor det visstnok har deltatt flere hundre i ulike trimaktiviteter. I storbyen er det få som vil vite hvem som deltar og hva slags aktiviteter dette egentlig er. I Oslo er dette et aktivitetstilbud uten særlige stigmatiseringseffekter.

Hvis en skal få oppslutning om aktiviteter fra mennesker som har noe å tape ved å bli påført en uønsket identitet – må det skje utenfor ”gruppekonteksten”. En indikator på dette var det tidligere omtalte Rjukanlys (se kap. 3) hvor de som var under atferdsrettelse ble stimulert til å gå på kino. Første gangen gikk de flere sammen. Og da ble de ”ei gruppe arbeidsledige på kino”. I småbyen hvor de fleste kjenner de fleste – ble dette preget tydelig. Neste gang kom de mer individuelt og da blir ikke statusen som marginalisert og mindre vellykket relevant.

Men dette må ikke utledes dithen at en ikke bør satse på en målgruppestrategi i bygdebyene. Problemet gjelder de som har noe å tape – som ikke ønsker å bli påført en uønsket identitet. Det er annerledes for de som allerede er påført et lokalt stigma, for eksempel de som har en identitet som for eksempel psykiatrisk pasient eller rusmisbruker. De har sjelden noe å tape på å opptre sammen. Brukerne av Elvahuuset i Førde har gått ut sammen på stedets kulturinstitusjoner. I lokalbefolkningens øyne er de en gruppe fra Elvahuuset. Men det er de allerede – og brukerne vet at de fleste andre vet det. De kan ikke slippe unna den stigmatiserte identiteten. Det samme gjelder de med psykiske lidelser som deltar på Tjuddur'n i Levanger. Og som vi har vært inne på møtes de til og med i en egen krok i den åpne rådhuskafeen – hvor det ferdes både kommunebyråkrater og publikum. Vi har tidligere vist brukt deltakerne i Tjuddur'n som et eksempel på at man faktisk godt kan overlate til målgruppene selv å vurdere hva som er stigmatiserende. Som en av dem uttalte: Å kunne vedkjenne seg sin sykdom – å stå fram tydelig – det hadde styrket henne.

Dessuten er det åpenbart sykdommer, funksjonshemninger eller ”skjebner” som ikke virker stigmatiserende og hvor en målgruppeorganisering og aktivisering åpenbart vil kunne mobilisere brukere – som for eksempel Blindedeforbundets deltakelse på Bokkaféen i Arendal.

En refleksjon vi har gjort oss, er at bygdebyen trolig kombinerer landsbygdas sosiale kontroll med byens frigjorte sosiale kontaktformer. For den vellykkede middelklassen tar en det beste fra landsbygda og kombinerer med det beste fra byen. Men for stigmatiserte eller marginaliserte grupper kan det fortone seg omvendt. En kombinerer det værste fra by og land.

La oss bruke Levanger som case. Levanger er en liten by med 6-7000 mennesker i selve byen. Innbyggerne er i hovedsak middelklasse med høy utdanning. Mange arbeider enten på sykehuset, høgskolen eller i kommunen. Byen ligger i en folkerik region med små avstander mellom småbyer og tettsteder. Det er under en times kjøring til Steinkjer i nord og noe over en time til Trondheim i sør. Dette gir middelklassen stor mulighet til å velge sin omgangskrets utfra felles interesser. Man er ikke avhengig av naboen for sosialt fellesskap, man kan i større grad basere sitt nettverk på kommunikasjonsmidler. På den annen side vil naboen ofte være ganske lik deg – og kan matche din status og dine interesser. Innbyggerne i Levanger har en mulighet til å dyrke de frigjorte sosiale fellesskap – basert på likhet i livsform og interesser (Schiefløe 1985). Innbyggerne i Levanger har trolig langt på vei et sosialt fellesskap som er ganske likt det man har i langt større byer – det urbane sosiale fellesskap. De som er mindre vellykkede kan lett falle ut av sosiale fellesskap – de kan bli lite attraktive på et frigjort vennskapsmarked.

## 7.13 Konsumenter og utøvere, i dialog eller i styringsposisjon

I *Kultur gir helse* har brukerne deltatt både som konsumenter og som utøvere. De har ”konsumert” galleriopplevelser, konserter, teater og kino, og de har vært utøvere som bl.a. som billedkunstnere og som deltakere i Tuomo Happalas konsert-happeninger, for ikke å snakke om alle de som har vært utøvere av en eller annen form for fysisk aktivitet. Underveis i prosessen har de sentrale initiativtakerne uttrykt at de først og fremst så for seg brukerne trukket inn som utøvere.

Disse to ulike rollene stiller ulike krav til brukerne, og naturlig nok er det brukeren får igjen for deltakelsen forskjellig. Det er også mye som kan tyde på at de to rollene utfyller hverandre, den ene gjør den andre mer meningsfylt og omvendt. I sluttrapporten fra Vestfoldprosjektet (kulturkontakt i psykiatrien) sies det slik:

”Prosjektet har i prosjektperioden prioritert deltakelse i ordinært kulturliv. Dette har først og fremst lagt til rett for en konsumentrolle for brukerne, der man mottar kulturopplevelser i relativt passiv tilstand. I brukerevalueringen ser vi at kulturens betydning oppleves sterkest blant brukere som også har hatt anledning til å utøve kultur selv, i form av sang/dans eller liknende. Det kan derfor synes som om disse rollene,- konsumentrollen og utøverrollen utfyller hverandre gjensidig og gjør opplevelsen sterkere på begge hold. Det vil derfor i fortsettelsen være viktig å stimulere til utvikling av langt flere tilrettelagte tiltak, der brukerne gis anledning til kulturutøvelse, enn det vi har i dag.”-

Begrepet brukermedvirkning kan gis mange ulike presiseringer og konkretiseringer. Som FFO har pekt på, er brukermedvirkning et begrep som bare gir en antydning om at bestemte aktører samhandler, det sier ikke noe om hvilken innflytelse brukerne har i prosessen (FFO 2000). Vi kan se brukermedvirkning som en skala, der graden av makt og innflytelse avgjøre plasseringen. Totalt fravær av brukermedvirkning, finner vi kanskje ikke så mye av i *Kultur gir helse*, selv om nok for eksempel enkelte av brukerne på Elvahuuset i Førde mente at det var heller magert. Den laveste graden av ”medvirkning”, er når myndighetene eller de som skal yte hjelp tar ”**brukerperspektivet**”, eller handler brukerorientert. Det innebærer at de prøver å ta på seg ”brukerbriller”, for å sikre at tiltak eller tilbud er brukerrettet. Når de ansatte ved Elvahuuset la vekt på ettermiddagsbingoen og på kafebesøkene, var det fordi de mente at det var det brukerne ønsket seg eller trengte. Vi har også vært inne på at brukerperspektivet spilte en viktig rolle i selve utformingen av Kultur – helse satsingen.

I denne sammenhengen kan vi kanskje undres på brukerperspektivet arter seg noe forskjellig på kultursiden og på helsesiden. På Elvahuuset var det helsearbeidere som forsøkte å legge vekt på hva brukerne trengte, og det var naturlig for dem å legge vekt på terapi og forebygging. Hvilke aktiviteter kunne gi brukerne sosial trening og gjøre dem friskere? Selvfølgelig la de også vekt på hva de mente brukerne ønsket seg. Brukere som pasienter, har en rett til å forvente at helsevesenet anstrenger seg for å hjelpe dem, og for hjelpene blir kulturtilbud lett fortolket som en del av hjelpen.

Kultursiden har ikke noen slik forpliktelse til å hjelpe noen. De skal gi kulturopplevelser, og deres forpliktelse er at flest mulig, helst også de som ikke har noen tradisjon mht å benytte seg av kulturtilbudene, får del i opplevelsene. Da blir ”brukerbrillene” mer et

spørsmål om hva som skal til for å inkludere de aktuelle brukerne i kulturlivet, og for å få dem til å ta del.

Et eksempel på hva brukerperspektivet kan bety i den sammenheng, kan vi hente fra Levanger, der vi har hørt om hvordan man kan bringe folk inn til kulturopplevelsene gjennom å gi dem smakebit på noe de kanskje ikke har smakt før. I denne sammenhengen dreier det seg om en bevisst prosess som begynner med et brukerperspektiv, og som går videre med andre og mer direkte former for medvirkning. Prosjektet i Levanger hadde de hjemmeboende, enslige eldre som en av sine målgrupper. Strategien i forhold til noen av dem, har vært at dersom de inviteres med på en tur til et kunstgalleri, forventer man at de vil vegre seg. De aller fleste av dem har aldri besøkt et galleri, og skjønner ikke hva de har der å gjøre. Dersom de ble spurt i første omgang, forventer man altså at de ville si nei takk. Det som så skjer, er at lederen for denne gruppa ikke inviterer dem på galleritur, men på busstur. Det har man erfaring med at er populært, og når bussen stopper ved galleriet, så blir de også med inn og ser på bildene. Dermed har de fått en smakebit. Neste gang vil kanskje noen av dem dra dit på eget initiativ, eller foreslå at gruppa skal dra på en annen utstilling. Da er terskelen høylet ned, og man er kommet til et punkt i prosessen hvor medvirkningen faktisk kan bli reell.

Men ”brukerperspektivet” og ”brukerrettede” tiltak var det første trinnet på skalaen for brukermedvirkning, kaller FFO det neste ”**dialog**”. Her forutsetter man at brukerne selv kommer til orde. Her skal nemlig begge parter høre på hverandres meninger. Et grunnlag for slik dialog, kan være brukerundersøkelser, der målgruppene spørres om hva de ønsker seg eller hvilke behov de har. I Bygdøy-Frogner bydel i Oslo har vi hørt at prosjektlederen i ettertid angret på at hun ikke gjennomførte en brukerundersøkelse før hun satte i gang. I Eigersund ble det gjennomført brukerundersøkelse tidlig i prosjektperioden.

En annen form for kommunikasjon med brukerne har vi når brukerorganisasjoner inviteres til ”høringer”. Man kunne for eksempel tenkt seg at brukerne ble ”hørt”, enten skriftlig eller gjennom et felles møte før planene for *Kultur gir helse* ble lagt, men så vidt vi har kunne bringe på det rene, var det ingen dialog med brukerne på dette stadiet av prosessen. Det er også en dialog som foregår når brukerne er representert i styringsgrupper og referansegrupper, slik det for eksempel gjorde mellom brukere, kunstnere og myndighetsrepresentanter i prosjektutvalget for Rikskonsertenes 2kryss. I Vestfold-prosjektet har brukerne vært aktive ikke bare i institusjonenes kulturgrupper, men også i prosjektets styringsgruppe.

Den sterkeste formen for brukermedvirkning kaller FFO ”**brukerstyring**”. Et tiltak eller en virksomhet er brukerstyrt nå brukerne selv har beslutningskontrollen over det som skjer. FFO bemerker at brukerstyring av tjenestetilbud ikke har noe stort omfang i dag, og det gjelder nok også de tilbudene som er organisert i regi av *Kultur gir helse*.

## 8 Forandring og forankring: Veien videre

### 8.1 Forandring for enkeltindivider

*Kultur gir helse* har vært et sammensatt prosjekt, der evalueringen bare har hatt mulighet til å følge noen utvalgte deler. Vi har likevel tillatt oss å slå fast at kultur fører til helse, eller mer presist: Kultur kan gi helse! Men som vi var inne på innledningsvis, ville det være å slå inn dører som allerede var temmelig åpne dersom vi skulle brukt evalueringen til å samle inn slike utsagn fra brukerne. Andre spørsmål er mer interessante. Vi har lagt mer vekt på å belyse **sammenhengen mellom kultur og helse**, og på å se **hva slags kultur som fører til helse**. Vi har også vært opptatt av å synliggjøre **hvilke forutsetninger som må oppfylles for at kultur skal gi helse**. Og sist, men ikke minst har vi lett etter **andre konsekvenser av satsingen - for eksempel i lokalforvaltningen i de kommunene som har deltatt**.

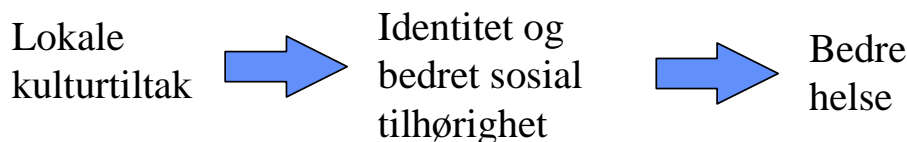
Vi har sett at sammenhengen mellom kultur og helse, veldig ofte, men ikke alltid, går via sosial deltakelse. Mange av dem som forteller oss at kultur har gitt dem helse, sier egentlig at kulturen har gitt dem en sosial sammenheng som har vært bra for dem. De har fått en annen rolle enn rollen som gammel og ensom, eller som person med psykiatriske problemer. Og det har gjort dem friskere, både gjennom at de har fått et sosialt nettverk og en tilhørighet som de ikke hadde før, og gjennom at den nye rollen, for eksempel som maler, gjør noe med det verdighetstapet som så ofte følger med det å være for eksempel funksjonshemmet eller psykiatrisk pasient. Når en ung jente med temmelig alvorlige psykiske problemer møter gamle kjente som spør hva hun holder på med for tida, er det mye lettere å fortelle at hun driver og maler, enn å brette ut sin psykiske lidelse.

I slike tilfeller gir deltakelsen i en kulturaktivitet en identitet som er viktig. På spørsmålet om hva slags kultur som gir helse, blir altså svaret at det er den kulturen som kan anrettes slik at den gir identitet og tilhørighet. Det er ikke slik at musikk gir helse og billedkunst ikke, det er spørsmål og hvordan man forholder seg til den aktuelle kulturytringen.

Dette ser vi også for dem som har definert kultur annerledes og videre. Som nevnt foran valgte Karasjok å se kultur som livsform, heller enn å ta utgangspunkt i kulturaktivitet og et "kunst-kultur"-begrep. De baserte seg på et antropologisk kulturbegrep, som nok er forskjellig fra det som ellers dominerer for eksempel i Norsk kulturråd. Karasjok har hatt en høy selvmordshyppighet, særlig blant ungdom. Den settes ofte i sammenheng med at endringene i reindriftsnæringen har gjort en del unge menn overflødige i den samiske kulturen. Det er altså ikke bare det at *Kultur gir helse*, men at mangel på kultur kan være fatalt.

I kapittel 1.6 illustrerte vi hvordan lokale kultur tiltak i *Kultur gir helse*-regi skulle føre til økt sosial deltaking, bedret integrasjon og dermed til bedre helse. Med utgangspunkt i Karasjok-eksemplet, kan vi sette litt andre navn på den mellomliggende faktoren:

Figur 8.1 *Kultur gir bedret tilhørighet*



Et annet eksempel på hvordan dette kan fungere har vi allerede nevnt i flere sammenhenger. Turgruppa Tjuddur'n i Levanger går ikke bare tur, de møtes også på Rådhuskafeen for å planlegge turen, og det er nok for mange like viktig som selve turen. Tjuddur'n har uten tvil hatt betydning på flere måter. Det å gå på tur er sunt i seg selv, for alle, uansett hva de ellers strir med. Og det kan gi noen mestringsopplevelser som kanskje er særlig viktig for dem som har opplevd at det veldig mange ting de ikke mestrer. Men kanskje den aller viktigste betydningen av turgruppa, er at den har gitt en sosial tilhørighet som disse deltakerne hadde veldig bruk for. Det sosiale aspektet er kanskje enda viktigere enn det fysiske.

Men selvfølgelig kan også kultur gi helse via identitet og tilhørighet uten at det behøver å dreie seg om fysisk aktivitet. For eksempel er det flere av prosjektkommunene som har arrangert lesegrupper for eldre, noen steder i regi av det lokale biblioteket. *"Det er mye god helse i å treffes og holde seg intellektuelt i form"*, sier deltakerne i en lesegruppe i Levanger.

## 8.2 Et utvannet kulturbegrep?

Vi har altså sett at det er i forskjellige mellomliggende faktorer at *Kultur gir helse* henter mye av sin rasjonalitet og sin legitimitet. Og det er vel og bra, men samtidig problematisk. For en slik vektlegging kan føre til en nedvurdering av selve kulturopplevelsen. En av dem som har vært involvert i prosjektet fra kultursida, sa det slik:

*"Vi som sysler med musikk har gått rundt og trodd at det sosiale og til tider trivelige livet rundt musikkaktiviteten er et viktig musikalsk biprodukt, mens man i kultur/helse prosjektene gang på gang har møtt mennesker som går på konsert rett og slett med det formål å møte andre mennesker!"*

Konserten kan bli til en lang kaffepause med musikk før og etter. Spørsmålet blir altså om det er kulturen, eller det andre som den fører med seg som gir helse.

Rundt omkring i prosjektkommunene har det foregått mye der selve kulturdefinisjonen nok settes litt på prøve. Dvs at kulturinnslagene er ikke like tydelige som i eksemplet med konserten for de gamle. I blant har kulturbegrepet vært ikke bare utvidet, men også utvannet.

Leseklubben i Levanger fungerer også som reiseklubb. De eldre som reiser sammen, gjør det uten musikk før og etter. Da blir spørsmålet: Hvor mye kultur må det være, for at vi



med hånden på hjertet kan si at det er kultur som gir helse, kultur som gjør deg frisk og glad? Når man først har lest en Sigrid Undset biografi, og deretter reiser sammen til Bjerkebækk ved Lillehammer, er kulturinnslaget klassisk og tydelig til stede, men hvor viktig er det for helsa at det er akkurat dit man reiser? I regi av den samme reiseklubben, har mange av de samme personene også reist sammen til Lanzarote, og det var kanskje minst like helsebringende? Sol og varme gjør deg frisk og glad! Da stiller vi ikke spørsmål om hvorvidt det man har gjort har gitt helse, men om det strengt tatt er kultur som har gitt helse. Og eventuelt hva slags kulturbegrep er det man opererer med da? Det er nemlig ikke bare kultur som gir helse.

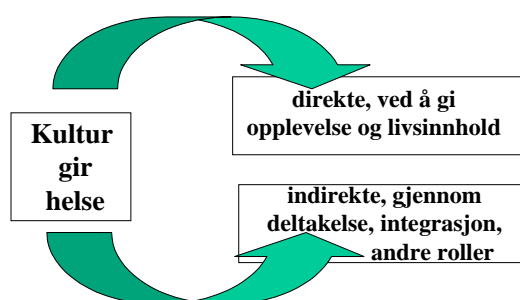
Vi kan altså delvis se at kultur skal gi helse gjennom å gi målgruppene trivsel og samvær, og derigjennom en rolle og en plass i et lokalmiljø. Marginaliserte grupper skal flyttes fra marginen og inn i ”det gode selskap”. Men er det bare gjennom deltakelse at kultur kan gi helse? Eller sagt på en annen måte, er det bare gjennom å bruke kultur som et instrument til å skape noe annet, at man kan klare å få en sammenheng mellom kultur og helse?

Vi har foran fortalt om prosjektet i Førde, der brukerne la vekt på at *Kultur gir helse* fordi det gjør livet meningsfullt, og om Vestfold-prosjektet der kulturopplevelsene var viktige for brukerne. Kultur gir altså helse, både via omveier om trivsel og tilhørighet, men også i seg selv. Sjansen for det siste, er størst når man får til brukerdeltakelse og kanskje også brukerstyring. Eller som det heter i sluttrapporten fra prosjektet i Bjugn:

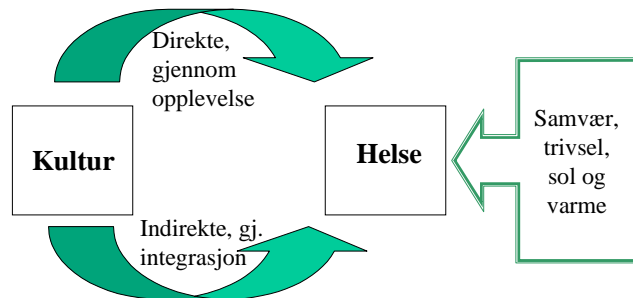
”De mest ”vellykkede” tiltakene i Kultur & Helse-regi (målt i ”brukermedvirkning”, engasjement og mulig effekt) er uten tvil de tiltak og delprosjekt der brukerne selv har tatt initiativet til. Når prosjektleder eller andre i prosjektorganisasjonen har tatt initiativ til velmenende og edle tiltak, har dette på langt nær hatt den samme effekt som når initiativet har kommet direkte fra de som ønsket tiltaket selv.”

Alt dette er eksempler på at *Kultur gir helse* har hatt konsekvenser på individnivå. Vi har vist hvordan *Kultur gir helse* på minst to måter, direkte gjennom å gi opplevelser og livsinnhold, og indirekte gjennom deltakelse, integrasjon, og andre roller enn det å være syk og marginalisert.

Figur 8.2 *Kultur gir helse – direkte og indirekte*



Men det som gjør bildet komplisert, er altså at det heldigvis ikke bare er kultur som gir helse.

Figur 8.3 *Det er ikke bare kultur som gir helse*

Samvær og trivsel, sol og varme, gir også helse. Eller mestring, det å lykkes i noe gir helse – som når Uranienborg-Majorstuen driver organisert leksehjelp for skolebarn med innvandrerbakgrunn.

### 8.3 Perspektivskifte på strukturnivå

Men som vi har sett, har ikke prosjektet bare hatt konsekvenser på individnivå. Det har også hatt konsekvenser på det vi kunne kalle strukturnivå. I mange av kommunene som har deltatt, har vi sett tendenser til det vi kan kalle et perspektivskifte. Flere steder ser vi nå samarbeid mellom etater, posisjoner og personer som tidligere har arbeidet svært så adskilt. Noen steder har vi fått høre at helse- og sosialsektoren føler helsefremmende/rehabiliterende arbeid som sitt domene, og de andre sektorene (kultur, undervisning, frivillige lag og foreninger) ser det ikke som sitt ansvar. Da blir tverrsektorielt arbeid vanskelig. De endringene vi kan spore her, er kanskje viktigere enn det som har skjedd for enkeltbrukere, fordi de kan få konsekvenser lenge etter at *Kultur gir helse* er over.

I kapittel 6.4 viste vi hvordan noen av delprosjektene hadde brukt spesielle grep for å få inkludere den politiske og administrative konteksten. For øvrig ser vi tydelig at en viktig forutsetning for å få til oppslutning er at det oppleves som nyttig (jf. Knudsen 1993:17). Foran har vi vist hvordan prosjektlederen i Karasjok strevde med å vise at hun og dermed også prosjektet hun arbeidet med var nettopp nyttig. En annen forutsetning er kapasitet. I et system som ubønhørlig er presset, er kapasitetsproblemer ofte en hindring. Særlig ser vi dette i helse- og sosialsektor, og kanskje spesielt i eldreomsorgen. Der blir også spørsmålet om penger viktig. Som en politiker i Uranienborg-Majorstuen bydel sa det i sluttfasen av prosjektet:

”Det er ikke mangel på lyst til å jobbe videre med denne typen arbeid, men så dumper man på det brutale og kyniske og ekle om penger. For det er jævli å skulle vurdere og stille eldre mennesker og syke mennesker opp mot pengemakt (...). Det er jo slik at i en god periode, så kjører du opp alle aktivitetene, og så må man plutselig kutte til de eldre. Det er ikke morsomt.” (Jørgensen 2000)

*Kultur gir helse* –aktiviteter har vært enklere å legitimere i psykiatrien – som er både behandlingsorientert og aktivitetsorientert.

Det finnes dessuten mange eksempler på at kulturinstitusjonene har spilt en viktig rolle. En del kulturinstitusjoner spiller en viktig rolle uten engang å vite det – som arenaer for kulturopplevelser. De er der for å brukes – både kinoer, teater og bibliotek. Men da forutsetter det at brukerne deltar integrert med andre brukere. Det har også vist seg at det ikke har skullet så mye tilrettelegging til for å gi visse typer brukere et mer skreddersydd tilbud, for eksempel på gallerier, konserter og bibliotek. I noen tilfeller har en kunnet kjøpe inn kulturkompetanse og trukket den inn i helse- og sosialinstitusjonene for en rimelig penge. Det skal neppe så store utleggene til, hvertfall ikke hvis en bruker lokalt og offentlig ansatte musikere, musikk- eller teaterpedagoger og lignende.

På dette punktet har Førde kommune gjort mange og gode erfaringer. Og kommune-psykiatrien i Levanger har demonstrert hvordan man bruke natur/kulturfaglig kompetanse i forhold til å bruke naturen. I og med at psykiatrien er i vekst, vil dette trolig kunne bli et permanent tilbud som ikke rammes av andre økonomiske kutt i kommunen.

## 8.4 Stifinnere på motorveien

*Kultur gir helse* er i mange sammenhenger blitt omtalt som et stifinnerprosjekt. Nå er det kanskje litt uklart hva som ligger i begrepet, men dersom det skal tolkes som at *Kultur gir helse* skulle oppdage nye stier, må vi kunne si at svært mange av stifinnerne har holdt seg til de som har vært godt opptråkket, i stedet for å lete etter nye metoder i kulturformidling og folkehelsearbeid. Til dels har stifinnerne beveget seg på motorveien.

Men kanskje er ikke det så galt. Det faktum at man her har hatt tilgang til nye og friske midler, skulle ikke behøve å bety at det var nødvendig å kaste vrak på de gamle og velprøvde metodene. Tvilstomt blir det først når de nye midlene kommer til erstatning for gamle, og når prosjektpengene brukes til finansiering av velferdstiltak som det burde vært rom for på ordinære budsjetter. I noen delprosjekter har vi hatt eksempler på at man har ”overtatt” for andre eksisterende finansieringskilder. Innenfor rammen av prosjektet i Tromsø, ble det holdt matlagings- og kostholdskurs for innvandrerkvinner. Arrangør var organisasjonen Verdens Kvinner, og det var ikke første gang de laget slike kurs. Men da *Kultur gir helse* -prosjektet ble etablert, falt det naturlig å hente tilskuddet derfra og dermed innlemme kursene i prosjektaktiviteten. Samtidig ble de utvidet til å gjelde unge, enslige asylsøkere. Prosjektleder oppsummerer imidlertid at kursene ville nok ha kommet i gang uansett, fordi kulturavdelingen i kommunen allerede hadde et nært samarbeid med flyktning- og innvandrerkontoret og mottok tilskuddsmidler til kultur- og integreringsarbeid.

I blant kan man også få inntrykk av at midlene har vært brukt til saldering av trange kommunebudsjetter. Når man av økonomiske grunner har vært nødt til å legge ned ungdomsklubben, har *Kultur gir helse* -midler kommet beleilig for å lage noe for ungdom, noe som egentlig likner mye på en ungdomsklubb. Det er nok bra for ungdommen i den aktuelle kommunen, men likevel er det vel neppe riktig å applaudere det som *Kultur gir helse* - tiltak.

Spørsmålet er altså om man trenger et prosjekt for å:

- Lage ungdomsklubb
- Lage musikkvelder på sykehjemmet
- Ta dagsenterpasientene med på kunstutstilling

I flere sammenhenger har vi stilt dette spørsmålet til kommunalt ansatte på grunnplanet, og svarene er entydig de samme. Dessverre er den kommunale virkeligheten slik at det faktisk ofte er nødvendig med prosjektmidler for å gjøre de ordinære tingene. Kanskje blir de nye kronene brukt til å gjøre ting på en litt annen måte enn før, men i prinsippet er det tiltak som kanskje burde vært finansiert på andre måter.

Særlig i de to HelKul-områdene, Levanger og Uranienborg-Majorstuen, har aktiviteten vært preget av at de hundre blomster skulle få lov til å blomstre, og mange av plantene hadde nok godt rotfeste allerede før prosjektet kom inn i bildet. I den sammenheng peker Mette Jørgensen, som har evaluert satsingen på Uranienborg-Majorstuen, på at et prosjekt med så mange forskjellige aktiviteter mot så ulike målgrupper blir lite oversiktlig. Og lettere blir det ikke når prosjektet samtidig er fast forankret i den lokale tjenesteytingen og i bydelsadministrasjonen. Da blir det også vanskelig å skille mellom det som er en direkte konsekvens av prosjektet, og det som ville ha foregått uansett. Mye av aktiviteten i Uranienborg-Majorstuen har nemlig preg av en forbedring eller en utvidelse av eksisterende tiltak på institusjoner og tjenestesteder i bydelen. Prosjektet har for eksempel gitt muligheten til å sette i gang et ekstra kurstilbud i tillegg til de man allerede hadde, eller til ekstra utsmykning av en eksisterende institusjon.

Det har vært opp til delprosjektene å finne ut av hva de ville gjøre ut av satsingen. Det er derfor vi har fått både innovative, nyskapende tiltak, og mer tradisjonelle ”greier” som likner på ungdomsklubber og musikk på sykehjemmet. Flere av prosjektlederne har for øvrig i samtaler med oss uttrykt bekymring for den forventningen de følte om at de skulle finne på ”noe nytt”. Prosjektlederen i Bygdøy-Frogner bydel pekte i den sammenheng på at det nye kanskje ikke behøver å ligge i selve tiltakene, men heller i tilnæringsmåten. Tilbud for folk med psykiske problemer var en viktig del av dette prosjektet. Det nye lå i perspektivet, uttrykt i denne setningen, som også sto i delprosjektets presentasjonsbroskjyre: *”Kulturelle opplevelser kan bli en nøkkel for kommunikasjon med omverdenen på tvers av merkelapper”*.

Foran har vi pekt på at sentrale prosjektmidler blir særlig viktige dersom de kommunale kulturansvarlige har trange økonomiske rammebetingelser. Dessuten er verden faktisk ikke slik at alle ”tradisjonelle” tiltak er ferdig utprøvd og funnet utilstrekkelige. Tvert i mot, i den kommunale virkeligheten mangler det ofte midler til å gjøre det som man allerede vet at virker. Aktiviteten blir med andre ord preget *både* av målsettingene og rammebetingelsene. Kanskje særlig har prosjektet i Karasjok vist oss at kontekst og rammebetingelser ofte er vel så viktig som målsettinger. Prosjektet blir selv en del av det kommunale hverdagsliv det søker å forandre.

Det som er gjennomprøvd noen steder, kan dessuten vær uprøvd andre steder. Det som fungerer et sted, trenger ikke nødvendigvis fungere et annet sted. Utviklingen kjenne- tegnes faktisk av at man ofte må finne opp kruttet på nytt.

For øvrig kan vi merke oss at både økonomi og personressurser har vært viktige ramme- betingelser. Når det gjelder økonomi, har det viktigste noen ganger vært bare å vite at

pengene finnes. Det er lettere å satse dersom man vet at det finnes et økonomisk sikkerhetsnett. Som en sentral aktør i Uranienborg-Majorstuen uttrykker det:

”Jeg hadde ikke turt å begynne med det uten penger, men jeg har likevel ikke brukt noen penger på det. Men det å ha *Kultur gir helse* – prosjektet i ryggen og kunne få penger hvis det er nødvendig, det betyr mye. Hvis man har en ide, og så først skal ut og søke om penger, så tør man ikke begynne.”

Når det gjelder personressurser, er dette utsagnet fra prosjektlederen i Borre svært så typisk:

”For å få større prosjekter og tiltak i gang, har det vært nødvendig å ha en egen prosjektleder som har tilstrekkelig handlingsrom, særlig tilgjengelig tid.”

## 8.5 Forankring fryder

Særlig i sluttfasen av *Kultur gir helse* har det vært mye snakk om forankring. Så vidt vi kan se har ikke begrepet fått noen entydig definisjon, men det ser ut til å dreie seg om spørsmålet om hvorvidt de lokale prosjektene kommer til å bli videreført på en eller annen måte etter at prosjektperioden er over. Én form for videreføring er ganske enkelt at prosjektet har satt spor etter seg i den kommunale strukturen, slik vi har beskrevet at det har gjort i mange av prosjektkommunene. Vi har med andre ord ingen klare kriterier som kan få oss til å konkludere at et prosjekt er forankret mens et annet ikke er det. For evalueringen kan utsagn om forankring dessuten lett bli til spådommer om fremtiden, men vi vil likevel trekke fram noen eksempler og se litt på forutsetninger og rammebetingelser.

I Levanger har vi sett at de har gjennomført sitt Hel-Kul prosjekt på en måte som har involvert et stort antall kommunale aktører. De fleste som i sitt kommunale virke har hatt oppgaver som på en eller annen måte kunne assosieres med kultur og helse, har vært trukket inn. Selv om mange av de tingene de har gjort, kanskje ikke har vært så veldig forskjellig fra det de ellers holder på med, er det liten tvil om at denne brede involveringen har hatt en forankringsfunksjon. Selve tankegangen om å se helse og kultur i sammenheng, er plantet hos et stort antall personer som kommer til å fortsette i kommunen, på biblioteket, hos helsesøster eller som psykiatrisk sykepleier. Det så vi for eksempel i Arendal, der perspektivene og tilnæringsmåten lever videre både på biblioteket og i flyktingemottaket.

Også på mer sentralt nivå i Levanger har det kanskje skjedd en endring. De to viktigste etatssjefene, kultursjefen og pleie og omsorgssjefen, har fortalt oss hvordan samarbeidet i Hel-kul prosjektet har fått dem til å snakke sammen på en annen måte enn før. Begge har fått øynene opp for berøringspunkter og for hvordan arbeidet til de to etatene egentlig henger sammen.

Levanger-prosjektet har med andre ord funnet en form som har medført i hvert fall én type forankring. Samtidig viste vi i kapittel 5.4 og 6.2 at det er andre rammebetingelser og signaler som kanskje kan peke motsatt vei. Først og fremst dreier dette seg om stramme kommunebudsjetter og om endringer i den kommunale struktur. Levanger kommune er resultat av sammenslåinger av flere småkommuner, og sliter derfor med en dyr skolestruktur med mange små skoler. Dette er en av flere faktorer som virker inn på den kommunale økonomien. Helt i sluttfasen av prosjektet førte en nær sagt spontan

innsparing til en omstrukturering der pleie- og omsorgssjefen mistet sin posisjon, og der kultursjefen valgte å trekke seg fra sin stilling. Dermed var de sjefene for de to etatene som skulle fortsette samarbeidet ikke lenger i samme posisjon som før. Dette er selvfølgelig problematisk i seg selv, samtidig som det gir signaler nedover i systemet.

Men forankring behøver ikke bare bety at det er den kommunale strukturen det skal skje noe med. Frivillige organisasjoner representerer også et forankringsgrunnlag, eller et ankerfeste om man vil. I FYSAK Nordland har lokale idrettslag spilt en viktig rolle i mange av kommunene. Der hvor brukerorganisasjonene har vært aktivt inne i bildet, representerer også de et forankringspunkt. Vi har for eksempel allerede vært inne på at organisasjonen Flerkulturelt forum i Sunndal, som ble dannet i regi av prosjektet, vil bestå etter at prosjektet er over. De lokale Revmatikerforeningene i Møre og Romsdal som har vært inne i prosjektet vil også opprettholde aktiviteten og fortsette sitt arbeid.

Forutsetningen for at brukerorganisasjoner og frivillig sektor skal kunne representere et forankringspunkt, er selvfølgelig at det finnes aktive lokallag i de aktuelle organisasjonene. Flere lokale prosjektledere som hadde personer med psykiske problemer som målgruppe, beklaget at de ikke hadde noen lokalavdeling av Mental Helse i sitt område. Prosjektlederen i Bygdøy-Frogner bydel reiste spørsmålet om kultur-helse prosjektet kanskje hadde vært overflødig, dersom de frivillige organisasjonene hadde klart å spille en sterkere rolle i lokalmiljøet. Og kanskje er det riktig at et sterkt lokallag av Mental helse kunne ha søkt offentlig støtte og fått i gang både kulturkaféen og malerverkstedet i bydelen. Men de ville neppe hatt det samme nettverket som prosjektlederen har hatt tilgang til, i bydelens politiske og administrative ledelse. Heller ikke ville de like naturlig hatt tilgang til de samme kanaler for å rekruttere brukere gjennom psykiatrisk sykepleier i bydelen, frivillighetssentralen og annenlinjetjenesten. Dessuten er frivillig sektor stort sett basert på at deltakerne (brukerne) ikke bare skal nyte, men også yte. Akkurat dette kravet kan gjøre at terskelen blir vel høy i blant. Prosjektlederen i Karasjok var en av dem som var seg dette bevisst, og det ble en barriere i forholdet til frivillig sektor:

”Jeg har problemer med å forholde meg til begrepet “frivillighet” og “frivillig innsats”, begrep som jeg føler gjennomsyrrer politikken på flere områder nå for tiden. Jeg har problemer med å formidle dette “glade” budskapet om frivillighet som om dette skulle være nok til å engasjere folk til å bli med. De aller fleste yrkesaktive mennesker er opptatt av å beskytte sin egen fritid - mange påtar seg ikke oppgaver på fritiden uten at de har spesielle interesser eller goder av det selv”.

I Levanger har frivillige organisasjoner vært lite inne. I noen tilfeller har man kanskje til og med opplevd en viss konkurranse mellom tiltak i regi av Hel-kul, og arrangementer som lokale organisasjoner har stått for. Dermed kan man kanskje ikke vente noe hjelp fra frivillig sektor i forankringsarbeidet.

Forankringen i de kommunale strukturene har selvsagt også sammenheng med i hvilken grad den lokale prosjektlederen har vært en del av kommunen, om hun eller han har en fortid i kommunen fra før av og om vedkommende fortsetter i en annen kommunal posisjon. Mange av prosjektlederne har klaget til oss underveis i prosessen over at de har følt seg ensomme. Mange har manglet nære samarbeidspartnere, og prosjektleder-samlingene har derfor blitt særlig viktige for dem. I Karasjok så vi for eksempel en prosjektleder som ikke hadde jobbet i kommunen tidligere, og som kom inn i en kommunal struktur med klare grenser mellom etater og kontorer. De viktige kommunale aktørene var vanskelige å involvere, bare det å arrangere møter i styringsgruppa og referansegruppa var vanskelig nok. Selv om prosjektet nok der også kanskje har fått

enkelte til å snakke sammen på en annen måte enn før, er det uansett kriterier vanskelig å si at dette prosjektet ble forankret i kommunen.

Forankring og videreføring må også sees i sammenheng med den oppfølging de lokale prosjektene har fått underveis. Der ser vi at de som har vært tilknyttet Kulturrådet, har fått en adskillig tettere oppfølging enn de som utelukkende har fått sine midler fra Sosial- og helsedepartementet. Kanskje kan det se ut som det har resultert i at prosjektlederne der har blitt enda mer ensomme. De har ikke på samme måte opplevd at de har tilhørt et prosjektlederkollektiv, som de som har hatt sin navlestreng til Kulturrådet. Dessuten har de ikke hatt den nære kontakten til det sentrale nivået som kulturrådsprosjektene har hatt til sin sentrale prosjektleder. Kanskje kunne man tenke seg at dette hadde ført til at det ble enda vanskeligere å få til en god lokal forankring. Vestfoldprosjektet, Kulturkontakt i psykiatrien er imidlertid eksempel på det motsatte.

Prosjektleder beklaget selv at hun ikke hadde noen erfaring fra arbeid innen psykiatrien. Hun hadde imidlertid både kompetanse og erfaring fra prosjektarbeid i en Vestfold-kommune, og det var trolig en vel så viktig erfaring, i hvert fall sett i forhold til forventningen om forankring. Ikke minst gjelder det fordi hun også tidligere hadde arbeidet med nærmiljøtiltak og forebygging. Prosessledelse og prosjektarbeid var arbeidsmåter hun hadde erfaring fra.

Akkurat som i Karasjok og i andre kommuner, gjennomgikk Vestfold fylkeskommune en omorganiseringsprosess omtrent samtidig med prosjektet. I Vestfold opplevde prosjektleder det både som en fordel og en ulempe. På den ene siden har det vært vanskelig å forholde seg til usikkerheten. Samtidig har omorganiseringen medført en åpenhet som ellers kanskje ikke ville vært der. Dessuten har det selvfølgelig vært en fordel at Vestfold er et lite og oversiktlig fylke. En annen styrke er at det allerede i utgangspunktet var mye entusiasme knyttet til prosjektet innenfor den fylkeskommunale kulturetaten.

## 8.6 Forankring først og sist

Evalueringen har søkt å få fram faktorer som har påvirket forankringen underveis i prosessen. Imidlertid har det blitt mer og mer tydelig at de viktigste forutsetningene for forankring er lagt før prosjektstart. Som nevnt ovenfor, hadde Vestfold fylkeskommune et klart engasjement på dette feltet før de kom innunder departementets Helse-kultur prosjekt. Prosjektet har fungert som en ekstra vitamininnsprøytning i en prosess som allerede var godt i gang, og det har hele tiden vært meningen at den skulle forsette også etter at prosjektstatusen og tilknytningen til departementet tok slutt.

I kapittel 4 viste vi hvordan forhistoriene i delprosjektene i Førde og Levanger bidro til at prosjektet egentlig var forankret før det kom i gang. Her vil vi bruke Uranienborg-Majorstuen som eksempel. Der var man også i gang med en prosess før bydelen ble prosjektdeltaker under Sosial- og helsedepartementet. Det eksisterte en etablert interesse for helsefremmende arbeid, og bydelens innsats ble synliggjort under UNESCO-konferansen om kultur og helse i 1995 (Varslot og Ørstavik 1995). Allerede på denne konferansen skisserte de en lang rekke delprosjekter som de var i gang med, og annonserte at de ville arbeide med et tre-årig forsøksprosjekt som skulle fokusere på kultur og helse ut fra følgende målsettinger:

- Kultur og kulturaktiviteter skal brukes aktivt i helsefremmende arbeid i bydelen

- Kulturaktiviteter av ulike slag skal finne sin naturlige plass innen pleie- og omsorgsinstitusjonene
- Bevissthet om kultur som et redskap i forebyggende helsearbeid skal fremmes gjennom etterutdanning og kursvirksomhet for alle deler av helse- og sosialsektoren

Trolig var dette bakgrunnen for at Uranienborg-Majorstuen ble invitert til å delta i en arbeidsgruppe som skulle videreutvikle departementets ideer om kultur og helse. I forlengelsen av denne prosessen var det også naturlig at bydelen ble en av departementets satsingsområder da prosjektet kom i gang. Med et slikt forsprang på de andre prosjektkommunene, kan vi trygt si at forankringen var godt i gang allerede før bydelen hadde blitt en del av det sentralt initierte prosjektet.

Levanger, Uranienborg-Majorstuen, og Vestfold fylkeskommune, kunne kanskje tyde på at departementets utvelgelsesform har ført til en bedre forankringsprosess. Eller sagt på en annen måte, at departementet valgte prosjekter på steder der det lå en spire til forankring allerede i utgangspunktet. På den ene siden er nok det riktig. Deres utvelgelsesprosess var mer selektiv enn den som foregikk i Kulturrådet, hvor man bare hadde de potensielle prosjektkommunenes søknader å forholde seg til. Men også innenfor Kulturrådets prosjektportefølje ligger prosjekter som i en viss grad var forankret allerede ved oppstart. Tydeligst ser vi det i Eigersund, som i utgangspunkt gjorde noen litt annerledes valg enn de fleste andre prosjektkommunene. De brukte ikke midlene på å engasjere en prosjektleder, men overlot ansvaret til en som allerede hadde en stilling og en posisjon i kommunen. Midlene ble isteden brukt til å evaluere innsatsen<sup>47</sup>, og til å dekke småutgifter til transport og liknende for målgruppa, de hjemmeboende eldre. Dermed har de valgt en form som var forankret fra oppstart. Prosjektleder i Eigersund har sett prosjektlederne i andre kommuner forlate sine prosjekter, gjerne i de siste månedene før slutføring, rett og slett fordi de måtte skaffe seg andre jobber, mens for henne har det ingen dramatiske effekter at det avgrensede prosjektet er slutt. Dermed faller heller ikke prosjektet sammen. Kommunen har ikke gjort seg avhengig av de eksterne midlene.

I motsatt ende av skalaen har vi de prosjektene der kommunene ikke har bidratt med stort annet enn kontorplass for prosjektleder, og der de eksterne midlene har gått med til prosjektleders lønn. Det var tilfellet i Karasjok kommune, og i en viss grad også i Bygdøy-Frogner bydel i Oslo. I begge disse prosjektene måtte prosjektleder bruke hovedtyngden av sin tid til å søke om andre eksterne midler for å skaffe seg handlingsrom. I Karasjok fortalte prosjektleder at det hadde gått sport i det å finne fram til mulige finansieringskilder, og at det egentlig var utrolig hvor mange kilder som egentlig fantes, bare man lette. Samtidig klaget hun tidvis over at hverdagen ble mer preget av å skaffe penger enn av å bruke dem. En konsekvens av denne litt tilfeldige finansieringen, var at en stor del av aktiviteten i Karasjok ble preget av en-gangstiltak. Prosjektleder var også i blant bekymret over at forventningen om aktiviteter kunne føre til at aktivitetene ble viktigere enn hensikten, og at intensjonen i prosjektet kunne tapes av syne. De første leddene i prosessen som er illustrert nedenfor, kan altså bli viktigere enn det siste.

<sup>47</sup> Evalueringsrapport fra Rogalandforskning er under arbeid.



Figur 8.4 *Prosessen fram mot resultatene*

En viktig forskjell mellom disse to prosjektene er at mens prosjektleder i Karasjok først og fremst måtte lete etter midler utenfor kommunen, for eksempel fra fylket og fra Samisk kulturråd, kunne prosjektlederen i Bygdøy-Frogner også gjennom søknad hente ut midler fra bydelen. Tidlig i prosjektet fikk hun inn 150 000 kr fra bydelens PRO-sjef (PRO = pleie, rehabilitering og omsorg). Disse midlene la grunnlaget for den lokale kulturkafeen og etter hvert også for malerverkstedet for folk med psykiske problemer.

Det er altså store forskjeller mellom prosjektens lokale rammebetingelser, og disse forskjellene virker også inn på forankring og videreføring. Når Karasjok kommune kommenterer mulighetene for videreføring, ser de det i forhold til mulighetene for nye eksterne midler. De oppsummerer at det neppe er aktuelt med ytterligere ekstern finansiering fra Kulturrådet, men håper at det kanskje kan ligge noe midler i oppfølgingen av Folkehelsemeldingen (NOU 1998:18). Fra kommunens side forelå det ingen vedtak om videreføring.

Men som vi drøftet i kapittel 6.2.3 er det ikke sikkert at man skal legge så mye vekt på retorikken i de kommunale planer. Selv om for eksempel bydel Bygdøy-Frogner nevner prosjektet i bydelens neste strategiske plan, der de forplikter seg gjennom følgende setning: *”Vi skal følge opp og videreutvikle resultatene fra prosjektet Kultur gir helse.”* – ligger det dessverre ingen garanti i denne type utsagn.

For å oppsummere: Veldig mye tyder på at de viktigste forutsetningene for en god og vellykket forankringsprosess er lagt allerede før prosjektet har kommet i gang. Eller som det sies i sluttrapporten fra Borre kommune:

”Det er viktig å få ”Kultur gir helse tanken” sentralt politisk og administrativt forankret før en begynner på prosjektet. Kommunens ledergruppe må ha en felles forståelse og forpliktelser på filosofien og noen overkommelige aktiviteter som har stor effekt. Dette må inn i alt budsjettarbeid.”

## 8.7 Prosjektoptimismen

Fra sentralt hold har det vært ganske stor tro på hva man kunne utrette gjennom et prosjekt som *Kultur gir helse*. Og kanskje er optimisme og engasjement en forutsetning for at det skal skje noe som helst. Samtidig er har vi sett at den kommunale konteksten som skulle være rammen omkring prosjektene, ikke alltid var like gunstig. For eksempel har vi vist hvordan det gjaldt prosjektet i Karasjok. Vi kunne også nevnt andre delprosjekter som ikke har vært blant våre eksempel-kommuner, der kommunens egen innsats var halvhjertet eller knapt nok det. I en slik setting må vi kunne spørre om projektoptimismen kanskje har vært vel stor. Selv om Karasjok-prosjektet har vært spesielt på mer enn en måte, kan man også spørre seg om det for noen av delprosjektene har vært

for lett å få midler. Kanskje hadde det vært vel så viktig å arbeide for økte rammeoverføringer til kommunene, heller enn å dyrke prosjektene som arbeidsform.

I Folkehelsemeldingen (NOU 1998:18) er dette problemet tatt opp under overskriften

**”Prosjekter og handlingsplaner, men få varige tiltak”:**

De siste 10-15 årene har vi hatt en lang rekke kortvarige prosjekter, handlingsplaner og aksjonsprogrammer over maksimalt 4 år. Dette gjelder kommunalt nivå i «Samlet plan»-perioden og på statlig nivå i 1990-årene. Ofte er tiltaket blitt evaluert, og det er konkludert med at det helt eller delvis var vellykket. Eller det gjøres kartlegging hvor man ringer inn områder for tiltak. Men man kan få inntrykk av at de som har sørget for at prosjektet kom i gang, ikke har hatt vilje eller stabil mulighet til oppfølging, og særlig ikke til å sørge for varig drift. Viljen til å støtte (og til å drive?) «kartlegging, forskning og utprøving av modeller» kan virke langt større enn viljen til langvarig folkehelsearbeid. Dette til stor forskjell fra f.eks. helsearbeidet i Nord-Karelen, hvor lokale krefter, den statlige helseforvaltningen og universitetsfolk har jobbet målrettet med kosthold, røykfrihet og mosjon siden 1970-årene.

Denne situasjonen kan skyldes at tiltak er satt i gang for statlige eller fylkeskommunale tilskuddsmidler, og at forventninger om at kommunene skal overta driften når en utprøvsperiode er sluttført, ofte ikke er blitt innfridd. Det gjelder ikke bare innen Sosial- og helsedepartementets ansvarsområde, men også innen f.eks. kriminalitetsforebygging og miljøforebygging. Mye skjer og mange rapporterer om gode erfaringer. Men innsatsen kan virke sprikende, tilfeldig, avhengig av enkeltpersoner og lite koordinert. (*Sitat fra side 170-171*)

## 8.8 Prosjekter og perspektiver

Denne rapporten har brukt mye plass på å beskrive iverksettingsprosesser og delprosjekter, som det har vært svært mange av. Vi har sett hvordan den sentrale initiativet ble mottatt og oversatt til handling i den kommunale kontekst, og vi har forsøkt å avdekke de føringer og barrierer som denne konteksten la for utviklingen av de lokale prosjektene. Men selv om vi allerede har sett at en del av aktiviteten videreføres enkelte steder, er det et kjennetegn ved prosjekter at de ikke bare har en begynnelse, men også en slutt. Og som nasjonal satsing, er *Kultur gir helse* nå over.

Derfor er det viktig å minne om at intensjonen med *Kultur gir helse* strengt tatt ikke bare var å sette i gang flest mulig avgrensede enkeltprosjekt. Prosjektene i seg selv var ikke bare et mål, men kanskje like mye et middel. Også i grunnlagsmaterialet heter det at et viktig resultat forhåpentligvis vil være holdningsendringer, bevisstgjøringsprosesser og ny innsikt om sammenhengen mellom kultur og folkehelse<sup>48</sup>. Gjennom prosjektvirksomheten håpet man at det kunne etableres samarbeidsformer og aktiviteter lokalt som kunne bryte med tradisjonelle og oppgatte veier – både på tvers av etatsgrenser i kommunene, mellom offentlig og frivillig sektor, mellom profesjonelle og amatører og mellom de utøvende og publikum.

<sup>48</sup> Kilde: Presentasjonsbroskyren *Med helse i hånden og kultur på taket*, side 16.

Evalueringen har vist at mange delprosjekter har hatt slike effekter allerede. Og der vi ikke i dag kan se holdningsendringer og bevisstgjøring, kan det kanskje hende at prosjektvirksomheten og de samhandlingssituasjoner den har medført, har sådd noen frø som kan komme til å spire og blomstre på litt lengre sikt. Samtidig er det viktig å være klar over at en prosjektperiode på tre år er kort tid i forhold til en så vidt ambisiøs målsetting. Ikke minst gjelder det når intensjonen også inkluderer en ambisjon om å ”bidra til å gi politiske og administrative myndigheter sentralt og lokalt et best mulig beslutningsgrunnlag for gjennomføring av framtidige rammebetingelser for helsefremmende, forbyggende og rehabiliterende arbeid”<sup>49</sup>.

Forsøksprogrammet *Kultur gir helse* er slutt, prosjektkommunene har brukt opp sine midler og det finnes ikke lenger noen prosjektordinator verken i Kulturrådet eller Sosial- og helsedepartementet. Fra andre tidsavgrensede forsøksordninger vet vi at da er det gjerne slutt i enhver forstand av ordet. Men i Kultur og helse-satsingen ser vi at det også på sentralt nivå gjøres en innsats for holde liv i tilnæringsmåten, og i de frø som er sådd. Alt er ikke overlatt til prosjektkommunene som i tre år har nytt godt av en sentralt finansiert prosjektleder og litt sentralt initiert inspirasjon. Allerede sommeren 1999 kom heftet *Fra prosjekt til hverdagsliv: Om Regjeringens kultur- og helsesatsing*, der man skisserer hvordan dette kan leve videre. Den knutepunktfunksjonen som Levanger kommune har fått, er en del av en slik fortsettelse. Det er også opprettet en sentral rådgivnings- og kontaktgruppe for videreføringen. Den skal være en samarbeidsinstans for knutepunktfunksjonen i Levanger, og den skal også være en pådriver i videreføringen.

Intensjonen var altså perspektivendring og bevisstgjøring, lokalt og sentralt. Det aller meste av evalueringen har fokusert på det som har skjedd lokalt. Underveis har vi hørt hjertesukk fra lokale prosjektledere, som mente at Sosial- og helsedepartementet, Kulturredpartementet og Kulturrådet burde feie for egen dør før de stilte for store krav om gjennomgripende endringer på lokalt nivå. Dersom vi dermed helt til slutt retter søkelyset mot det sentrale nivået, kan vi for det første konkludere med at samarbeidet mellom Kulturrådet og Sosial- og helsedepartementet har fungert bra gjennom hele prosjektperioden. Kanskje har det å gjøre med de personene som hadde fått i oppgave å ivareta samarbeidet, i alle fall har to svært ulike institusjoner har dratt i samme retning.

I Sosial- og helsedepartementet er det mye som tyder på at *Kultur og helse*-satsingen faller naturlig inn i en utviklingstendens som vi allerede har sett både i andre forsøksordninger og i politiske utsagn. Det dreier seg om vektlegging av et positivt helsebegrep og om fokus på brukermedvirkning. På kultursiden rettes det også søkelyset mot gjøre kulturopplevelser tilgjengelig for alle. Samtidig kan det se ut som Kulturdepartementet og kanskje også Kulturrådet er noe mer tilbakeholdne i sin tilnærming. ”Kultur-og ....” satsingene hører kanskje fortiden til, enten det nå dreier seg Kultur og helse eller Kultur og næring for den saks skyld.

Når det gjelder videreføring og framtidig utvikling av samarbeid mellom kultur og helse, er det imidlertid ingen grunn til å undervurdere fagfolkene og kulturarbeiderne på lokalnivået. Kanskje kan de komme til å være pådrivere i en utvikling som kan få større konsekvenser også sentralt.

---

<sup>49</sup> Samme kilde.

# Litteratur

- Adizes, I. (1980): *Lederens fallgruber*. Oslo: Hjemmet Fagpresseforlaget
- Andreassen, T. Alm (1992): *Notat - Refleksjoner om brukervedvirkning*. Byggforsk. August 1992
- Arnestad, G. (1989): *Kultur for regional utvikling*. Prosjektrapport nr 8/89. Sogndal: Vestlandsforskning
- Arnestad, G. (1996): "Innledning". I Arnestad, G. og Mangset, P. (red.): *Kulturfeltet i storbyene*. Oslo: Norsk kulturråd
- Arnestad, G. og Mangset, P. (ed.) (1996): *Kulturfeltet i storbyene*. Oslo: Norsk kulturråd
- Aslaksen, Ellen K. (1999): "Om banale spørsmål og perspektivers utilstrekkelighet". I *Studier i kulturliv og kulturpolitikk*. Bergen: Senter for kulturstudier
- Baklien, B. (1985): *Holdningskampanjen mot narkotika*. NOU 1985:28
- Baklien, B. (1989A): *Russkadeaksjon i fem kommuner*. Oslo: Rusmiddeldirektoratet
- Baklien, B. (1989B): *Aksjon mot russkader*. Evalueringsrapport. Oslo: Rusmiddeldirektoratet
- Baklien, B. (1995): *Brukermedvirkning og andre bremseklosser*. Kompetansesentre for små grupper funksjonshemmede. En iverksettingsanalyse. Rapport 1995:1. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning
- Baklien, B. og Solberg, A. (1997): *Dialogen og bevegelsen*. Prosessevaluering av utviklingsprosjektet VEPS. Prosjektrapport 1997:30. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning
- Barstad, A. (1993): "Sosial deltaking". Kap. 9 i Statistisk Sentralbyrå: *Sosialt Utsyn 1993*. Oslo: Statistisk sentralbyrå
- Bendixen, G. (1994): *Brukermedvirkning i prosjektarbeid - virkning eller bare med?*. Hovedoppgave, Institutt for sosiologi, Universitetet i Oslo, høsten 1994
- Berg, M. (1986): "Når kulturpolitikk blir velferdspolitik". I Allden, L., Ramsøy, N.R. og Vaa, M. (red.): *Det norske samfunn*. Oslo: Gyldendal. Side 262-290
- Berger, P. og Luckmann, T. (1966): *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*. New York: Doubleday

- Bjørgero, T. og Carlsson, Y: (1999): *Vold, rasisme og ungdomsgjenger*. Oslo: Tano-Aschehoug
- BM (1995): *Kultur i storbyen*. Bystyremelding 1/1995. Oslo: Byrådet, Oslo kommune
- Bomann-Larsen, P. m.fl. (1995): *Mer enn eksperthjelp og medisiner*. NIBR-rapport 1995:8. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning
- Boonstra, E, Fosse, E, Mæland, J.G. og Tonheim D. (1995): *Gøy på landet – eller kreativt helsearbeid*. Bergen: Hemil-rapport nr. 5-1995
- Boonstra, E. (1991): *Kommuned diagnose – et redskap i helseplanlegging*. Oslo: Kommuneforlaget
- Bourdieu, P. (1990): *In Other Words. Essays Towards a Reflexive Sociology*. Cambridge: Polity Press
- Bourdieu, P. og Wacquant, J. D. (1993): *Den kritiske ettertanke*. Oslo: Det norske samlaget
- Brunnson, N. (1988): *The organization of hypocrisy*. Chichester 1988
- Brunnson, N. og Olsen, J.P. (1989): *Kan organisationsformer væljas?* I Brunnson og Olsen (1990): *Makten att reformera*. Stockholm: Carlssons
- Brännström, I, Rosen M, Wall S, Weinehall L.: (1988): *Local Health Planning and Intervention – the Case of a Swedish Municipality*. Scandinavian Journal of Health Care Suppl. I/1988:5764
- Brørs, H. (1999):. *Historien om krittningen*. Levanger kommune – HELKUL-prosjektet
- Carlsson, Y. (1989): *Kommunalt nærmiljøarbeid*. Oslo: NIBR-rapport 1989:3
- Carlsson, Y. (1991): *Nærmiljøarbeid i en drabantby*. Oslo: NIBR-notat 1991-127
- Carlsson, Y. (1992): *Det kompliserte nærmiljøarbeidet*. Oslo: NIBR-rapport 1992:12
- Cronberg, T. (1992): "Skraldespand og kompas". Pp.254-266 i C. Clausen, B. Lorentzen og L. B. Rasmussen (red.): *Deltakelse i teknologisk utvikling*. København: Framad
- Czarniawska-Joerges, B. (1992): *Styrningens paradokser*. Stockholm: Norstedts juridik
- Dahle, I. (2000): *'Kultur gir helse' i Eigersund: erfaringer fra startfasen av prosjektet*. Stavanger: Rogalandsforskning. Arbeidsnotat 1998/118
- Dalgard, O.S. (1996): *Helseprofil for Tinn kommune med vekt på psykisk helse og sosiale miljøfaktorer*. Oslo: Senter for Sosialt Nettverk og Helse
- Dalgard, O.S. (1980): *Bomiljø og psykisk helse*. Oslo: Universitetsforlaget
- Deichman-Sørensen, T. og Frønes, I. (eds.) (1990): *Kulturanalyse*. Oslo: Gyldendal

- Duelund, P. (1994): *Kunstens vilkår. Om de kulturpolitiske tendenser i Danmark og Europa*. København: Akademisk forlag
- Duelund, P. (1992): "Dialogen som kulturens omdrejningspunkt". Side 273-301 i  
Duelund P. (red.): *Kulturens spændetrøje : Om kultur og kulturforskning i Norden*.  
København : NordREFO
- Durkheim, E. (1897): *Suicide*. Am. utgave 1964, New York: The Free Press
- Eriksen, E. O. (1992): *Den offentlige dimensjon*. Oslo: Tano
- Fauske, H. (1997): «Forståelse, forklaring og konstruksjon av sosiale problemer».  
*Sosiologi i dag*, vol. 27, side 5-24
- FFO (2000): *Mål og middel*. Brukermedvirkning for full deltaking og likestilling.  
Håndbok for brukerrepresentanter. Oslo: FFO
- Fossåskaret, E. (1997): «Ustrukturerte intervjuer med få informanter gir i seg selv ikke  
noen kvalitativ undersøkelse.» I: Fossåskaret, E., Fuglestad, L. og Aase, T.H.  
(red.): *Metodisk feltarbeid: Produksjon og tolkning av kvalitative data*, s. 11-48.  
Oslo: Universitetsforlaget
- Gadamer, H. G. (1997): *Sanning och metod*. Göteborg: Daidalos
- Goffman, E. (1959): *The Presentation of Self in Everyday Life*. Doubleday Anchor Books
- Goffman, E. (1967): *Interaction ritual: essays on face-to-face behavior*. Doubleday  
Anchor Books
- Gran, A.-B. (1999): *uLike barn leker best. En evaluering av prosjektet "Teater for alle"*.  
Rapport nr. 13. Oslo: Norsk kulturråd
- Habermas, J. (1987): *The Theory of Communicative Action*, vol. 2. Boston: Beacon Press
- Habermas, J. (1975): *Legitimation Crisis*. London: Heinemann
- Hansen, T. og Kjellberg, F. (1980): "Kommunale utgifter i Norge: Autonomi og sentral  
kontroll i lokalforvaltningen." I Kjellberg, F. (red.): *Den kommunale virksomhet*.  
Oslo
- Hjort, Peter F. (1995): *En politikk for helsen - ikke bare for helsetjenesten*. Oslo: Utvalg  
for helse og kultur, Norsk kulturråd
- Hjort, P. F. (1996): "Society, Community and Marginalization: The Countermeasures and  
Health". I *Culture and Health - Report*. Oslo: The Norwegian National Committee  
of the World Decade for Cultural Development
- Holck; G. (1995): *Levende lokalsamfunn*. Oslo: Kommuneforlaget
- Hompland A. og Kjølørød L. (1983): *Omsorg i bygdebyen*. Oslo: Institutt for  
samfunnsforskning, arbeidsnotat 1983/01

- Hompland, A. (1990): "Falske kulturprofetar. Om legitimeringsformer og dilemma i kultursektoren". I Deichman-Sørensen, T. og Frønes, I. (red.): *Kulturanalyse*. Oslo: Gyldendal
- Huus, S. B. (1996): *Brukarmedvirkning i eit psykiatriprosjekt*. Hovedfagsoppgåve i sosialantropologi, Universitetet i Bergen, Våren 1996
- Jay, M. . (1991): "Habermas and Modernism". Pp. 125-139 in Bernstein, R. J. (red.): *Habermas and Modernity*. Cambridge, Mass.: The MIT Press
- Jørgensen, M. (2000): *Kultur gir helse. Evaluering av et tverrsektorielt forsøktprosjekt i Uranienborg-Majorstuen bydel.* Hovedfagsoppgave innlevert til Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo, våren 2000
- Kaspersen, L.B. (1992): "Teorisynteser i moderne sosiologi". I Andersen, H. (red.): *Sociologi - en grundbog til et fag*. København: Hans Reitzels Forlag
- Klausen, A.M. (1992): *Kultur - mønster og kaos*. Oslo: Ad notam Gyldendal
- Kleven, T. (1990): *Det rullerer og det går....* . NIBR-rapport 1990:23
- Knudsen, H. (1993): "Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser." I Repstad, P. (red.): *Dugnadsånd og forsvarsverker. Tverretattlig samarbeid i teori og praksis*. Oslo: Tano
- Kobro, K. (1998): *Prosjekt Kulturkontakt i psykiatrien Årsrapport for 1998*. Sandefjord: Vestfold fylkeskommune
- Kobro, K. (2000): *Prosjekt Kulturkontakt i psykiatrien Sluttrapport*. Sandefjord: Vestfold fylkeskommune
- Kristiansen, U. m. fl. (1997): *Brukerperspektivet. Fra intensjon til utførelse*. Erfaringer fra VEPS-forsøket 1994-1997. Trondheim: Allforsk
- Krogh, U. (1998): *Finnmark - kultur-skolefylket?* Prosjektrapport 1998:21. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning
- Langslet, L.R. (1990): "Stat og kultur". I *Stat og kultur. Om markedet og kulturlivets finansiering*. Oslo: Liberalt forskningsinstitutt
- Lauvås, K. og Lauvås P. (1994): *Tverrfaglig samarbeid*. Oslo: Tano
- Lian, O.S. og Løchen, Y. (1996): "Epilog", s. 221-225 i O.S. Lian: *Helsetjenesten i samfunnsvitenskapens lys*. Tano. Oslo
- Lipsky, M. (1980): *Street-level bureaucracy*. New York: Russel Sage Foundation
- Lukes, S. (1979): *Power and Authority*. I Bottomore og Nisbet (red.): *A History of Sociological Analysis*. London: Heinemann
- Lundin, R.A. och Wirdenius, H. (1990): "Interactive Research". *Scandinavian Journal of Management*, vol. 6, pp. 125-142

- Mangset, P. (1992): *Kulturliv og forvaltning*. Innføring i kulturpolitikk. Oslo: Universitetsforlaget
- March, J.G. and Olsen, J.P. (1976): *Ambiguity and Choice in Organizations*. Bergen: Universitetsforlaget
- McLean, A. (1995): "Empowerment and the pschiatris consumer/ex-patient movement in the United States: contradictions, crisis and change". *Social Science & Medicine*, Vol. 40. Pp. 1053-1071
- Moss Kanter, R. (1983): *The Change Masters*. London: Unwin paperbacks
- Mujkic, S. (1997): *Musikkterapi for barn med utenlandsk bakgrunn*. Prosjektoppgave. Musikkterapiutdannelsen i Sandane, Høgskolen i Sogn og Fjordane
- Møre og Romsdal fylkeskommune, rehabiliterings/habiliteringsprosjektet (1993): *BrukarMedVerknad*. Rapport frå arbeidsgruppa
- Nordal, B. og Carlsson, Y. (1999): *Lokale utvalg og deltakerdemokrati*. Oslo: NIBR og Norges byggforskningsinstitutt – samarbeidsrapport
- Normann, T., Bergmann, H., Haug, A.B.M., Myhre, L. og Sæterdal, A. (1993): "Kvalitetssikring av anvendt samfunnsvitenskapelig forskning", i Olsen, T.B. (red.): *Institutter for anvendt samfunnsforskning. Kvalitet, relevans, publisering, statistikk*. Side 27-35. Oslo: Norges Forskningsråd
- Offerdal, A. (1992): *Den politiske kommunen*. Oslo: Samlaget
- Perrow, C. (1979): *Complex Organizations*. Glenview Illinois: Scott, Foresman and Company
- Petterson, O. (1989): *Maktens nätverk*. Stockholm: Carlssons
- Philips, Å. (1988): *Eldsjälar*. EFI, Handelshögskolan i Stockholm
- Pløger, J. (1997): "Nærmiljøet som diskursivt iscenesat!" *Sosiologisk tidsskift*, vol 2, pp. 197-216
- Repstad, P. (1998): *Den lokale velferdsblanding: Kombinertløpere og livssynskompromisser*. I Repstad P. (red): *Den lokale velferdsblanding*. Oslo: Universitetsforlaget
- Repstad, Pål (1993): *Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo: Universitetsforlaget
- Røiseland, A. (1998): *Forebyggende helsearbeid uten "forebyggende helsearbeid"?* NF-rapport nr 7/98. Bodø: Nordlandsforskning
- Røiseland, A. (1999): "Forebyggende helsearbeid - balansekunst mellom "sektor" og "område"." S. 109-122 i Røiseland et al. (red.) *Lokalsamfunn og helse*. Bergen: Fagbokforlaget



- Røiseland, A., Andrews, T., Eide, A.H. og Fosse, E. (1999): "Introduksjon". S. 13-22 i Røiseland et al. (red.) *Lokalsamfunn og helse*. Bergen: Fagbokforlaget
- Sabatier P. A. og Mazmanian D.A. (1983): Policy Implementation. I Nagel (red): *Encyclopedia of Policy Studies*. New York: Marcel Dekker
- Sahlin, I. (1992): *Ungdomsprosjekt – retorik och praktik*. Stockholm. Brå-PM 1992:1
- Sciefloe, P. M. (1985): *Nærmiljø i bysamfunn*. Oslo: Universitetsforlaget
- Shaw, I.F. (1999): *Qualitative Evaluation*. London: Sage
- Silverman, D. (1970): *The Teory of Organisations*. London: Open University Set Book: Heineman
- Skårberg, O. (1996): *Evaluering av prosjektet "Aktiv musikk for alle"*. Rapport nr. 7 fra Norsk kulturråd
- Stangvik, G. (1994): *Funksjonshemmede inn i lokalsamfunnet*. Prinsipper og arbeidsmåter. Oslo: Universitetsforlaget
- Statistisk Sentralbyrå (1993): *Sosialt utsyn 1993*. Oslo – Kongsvinger: SSB
- Strand, A. (1987): *Aksjon Skoleveg 1979-80: En analyse av iverksetting av et offentlig tiltak for å bedre trafikksikkerheten for skolebarn – effekter og måloppnåelse*. Dr.ing. avhandling. Trondheim: NTH – Inst. for by- og regionplanlegging
- Säfvenbom, R. (1998): *Four thousand hours a year : leisure times and its development potential for adolescent at youth protection institutions*. Oslo: Norges idrettshøgskole Dr. scient-avhandling
- Sæterdal, A. (1990): *Forsøksprosessen*. Oslo: Norges byggforskningsinstitutt
- Søholt, S. (1993): *Det muliges kunst : en undersøkelse av prosjektlederrollen i statlig forsøksvirksomhet på nærmiljøområdet*. Oslo: Norges byggforskningsinstitutt
- Sørensen, T. (1995): "Samarbeid innen psykisk helsevern", i Bomann-Larsen, P. m.fl. (red.): *Mer enn eksperthjelp og medisiner*. NIBR-rapport 1995:8, s. 67-76. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning
- Tellnes, G. og Fugelli, O. (1981): *Skader og skadeforebyggende arbeid i lokalsamfunnet*. Tidsskrift for den Norske Legeforening 1981;101:1454-7
- Thoits, P. A. (1983): Multiple identities and psychological well-being: A reformulation and test of the social isolation hypothesis. *American Sociological Review*, April, vol. 48
- Thompson, B. and Kinne, S. (1990): *Social Change Theory: Application to Community Health*. I Bracht N. (ed.): *Health Promotion at the Community Level*. Newbury Park: Sage
- Van Meter, D.S. og van Horn C.E. (1975): *The Policy Implemetation Process. A Conceptual Framework*. Administration & Society. Vol. 6, No 4: SAGE Publ

- Varslot, O. and Ørstavik, W. (1995): "Culture Fosters a Healthy Community". Pp. 58-65 in UNESCO: *Culture and Health*. Report, Interantional UNESCO-conference, Oslo September 1995
- Vestheim, G. (1994): *Med Habermas og Bourdieu som hjelpesmenn. Teori til ein analyse av opplysnings- og bibliotekspolitikk*. Rena: Høgskolen i Hedmark. Skriftserien 1994:7
- Vestheim, G. (1995): *Fenomenet kulturpolitikk*. Rena: Høgskolen i Hedmark. Arbeidsnotat 1995:2
- Vestheim, G. (1996): *Kulturpolitikk i det moderne Noreg*. Oslo: Det norske samlaget
- Wellmer, A. (1991): "Reason, Utopia and the Dialectic of Enlightenment". Pp. 35-65 in Bernstein, R. J. (red.): *Habermas and Modernity*. Cambridge, Mass.: The MIT Press
- Wilkinson, R. (1996): *Unhealthy Societies. The Afflictions of Inequality*, Routledge

## Offentlige dokumenter:

NOU 1991: *Flere gode leveår for alle*

NOU 1998:18 *Det er bruk for alle* (folkehelsemeldingen)

Sosial- og helsedepartementet og Norsk kulturråd (1998): *Med helse i hånden og kultur på taket*. Oslo

St.meld. nr 21 1998-99 *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*. Sosial- og helsedepartementet

St.meld. nr 37 1992-93 *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*. Sosial- og helsedepartementet

St.meld. nr. 28 1999-2000 *Innhald og kvalitet i omsorgstenestene*. Sosial- og helsedepartementet

WHO (1987): *Ottawa-charteret om helsefremmende arbeid*. Oversatt av Helsedirektoratet

# Vedlegg 1

## Noen enkelttiltak i Førde og Levanger

### Elvahuaset i Førde

Elvahuaset fungerer som et allaktivitetshus for flere ulike grupper – både ”marginaliserte grupper” og ”friske”. De to største virksomhetene på huset er et dagsenter for mennesker med psykiske lidelser (heretter kalt for *dagsenteret*) og et sysselsettingstiltak for mennesker som pga. sine funksjonshemninger ikke forventes å kunne komme ut i arbeidslivet (heretter kun kalt for *sysselsettingstiltaket*). Elvahuaset er en juridisk enhet på utsiden av kommunen. Driften av *dagsenteret* finansieres av kommunen og er bemannet med kommunalt ansatte fagfolk (bl.a. psykiatrisk sykepleier og psykiatrisk hjelpepleier). Dagsenteret er godt kommunalt forankret. *Dagsenteret* har noe i overkant av 20 brukere, men ikke alle er der hver dag. Om lag 10 stykker deltar på en vanlig dag.

*Sysselsettingstiltaket* drives i regi av Elvahuaset, og er ikke kommunalt finansiert. Tiltaket får ca. 1 millioner kroner pr. år (1998- og ut år 2000) i Extra-spillmidler noe som har gjort det mulig å ansatte tre aktivitører/instruktører for denne gruppa. Tiltakets økonomiske fremtid er meget usikkert. Sysselsettingstiltaket har 17-18 brukere som alle er uføre. Noen har fysiske funksjonshemninger. Mange har ingen diagnose, noe som igjen fører til at de faller mellom mange av velferdsstatens stoler. De er for dårlige til å komme inn på arbeidsmarkedsetatens ASVO-tiltak. De er ikke psykisk utviklingshemmede og faller utenfor HVPU. De er ikke definert som psykisk syke og kommer derfor ikke inn under psykiatriens tilbud. De utgjør i høyeste grad en marginalisert gruppe i samfunnet som trolig har en redusert livskvalitet.

Brukerne av dagsenteret og sysselsettingstiltaket deltar i stor grad i de samme aktivitetene - samtidig. Dette betyr at personellressurser fra sysselsettingstiltaket kan brukes på brukere av dagsenteret og vice-versa. En stor del av virksomheten for begge målgruppene går ut på å gjøre livet deres meningsfullt. Dette skjer i form av produksjonsrettede aktiviteter (eks. syng, veving, mekking av sykler og lignende), trim og kultur-aktiviteter. Overfor disse to målgruppene ville aktivitet ha vært en grunnpilar i opplegget uavhengig av *Kultur gir helse*. Både trim (turer, dans, svømming) og kulturaktivitetene har blitt *videreutviklet* gjennom *Kultur gir helse*-prosjektet. Det har blitt mer aktiviteter.

De kulturelle (i betydningen kvalitetskultur) ”meraktiviteter” på selve Elvahuaset er en ukentlig kulturtime. Da har huset ofte fått besøk av en teaterkonsulent fra Sogn og Fjordane teater som har aktivisert brukerne (blant annet forberedelse til ”happala-happening”), eller en distriktsmusiker som gir innføring i instrumenter, foreleser om sanger og komponister og leder allsang. I en periode fikk Elvahuaset også besøk av en musikkterapeut fra høgskulen i Sogn og Fjordane som har spilt CD’er og samtalt om

musikken. En gang i måneden arrangeres det en kulturkafé på Elvahuuset hvor en forsøker å trekke inn profesjonelle krefter som underholder. Dette er et tiltak som også er åpent for psykisk utviklingshemmede<sup>50</sup>.

Kulturelle ”meraktiviteter” utenfor Elvahuuset består i at brukerne drar på utstillinger og gallerier. De fleste på huset deltar. De ansatte på Elvahuuset uttrykker at de blir veldig godt mottatt på kunstnersenteret, fylkesgalleriet og Galleri G. Ofte får de en omvisning.

Brukerne har blitt invitert på premiere på teateret, fått gratisbilletter til konserter og de går ofte på kino. Det sies at når Elvahuuset organiserer dette blir de fleste brukerne med. Brukerne har blitt stimulert til å bruke biblioteket mye mer – så mye at to og to nå kan gå dit aleine uten følge av personale.

Personalet på huset understreker at ...

Hvis vi ikke hadde blitt med i *Kultur gir helse* hadde vi ikke vært like flinke til å orientere oss i det tilbudet som er. Nå har det blitt en del av rutine og hverdagen. (arbeidsleder/aktivitør)

Før gjorde vi mye lignende på dagsenteret, men gjennom *Kultur gir helse* har vi fått et større nivå på det. (psyk. sykepleier).

*Gjennom Kultur gir helse -prosjektet har Elvahuuset fått et større repertoar ressurser å spille på. De har fått penger til instruktører, instrumenter og materiell. Siden en i hovedsak har satset på kulturaktiviteter i Elvahuuset eller i lokalsamfunnet, har kostnadene vært lave. En er ikke avhengig av forsøksmidler for å videreføre det en har startet på.*

## Kulturaktiviteter for psykisk utviklingshemmede i Førde

Som ledd i *Kultur gir helse*-forsøket ble det satt ned ei arbeidsgruppe som skulle arbeide med kulturtiltak for psykisk utviklingshemmede. Alle fire som ble oppnevnt i denne arbeidsgruppa ba seg fritatt. De hadde en travel hverdag og følte de ikke hadde tid til enda en oppgave. De hadde nettopp vært igjennom ansvarsreformen for psykisk utviklingshemmede der det var mye tanker om kultur og fritid, og kunne ikke helt se behovet for å gå en ny runde med dette.

De fire ble allikevel med i arbeidsgruppa etter tydelige anmodninger fra helse- og sosialsjefen som selv hadde et stort engasjement i forhold til *Kultur gir helse*. *Ledelsesengasjementet viste seg å være avgjørende for at dette arbeidet ikke strandet på en innledende skepsis hos de viktigste iverksetterne.*

Arbeidsgruppa har arbeidet mye med å få satt kultur og fritidstiltak for psykisk utviklingshemmede høyere på dagsordenen slik at andre etater og instanser kan komme denne gruppa bedre i møte. Musikkskolen har – etter først å ha vært avvisende – tatt imot to psykisk utviklingshemmede elever. For å få det første gjennombrudd i forhold til musikkskolen trådte *Kultur gir helse* til med ”smøringsmidler”. Musikkskolen står ansvarlig for opplegget, trår til med musikk lærer, mens barnets skole stiller med spesialpedagog. Forutsetning for å gi forsøksmidler var at musikkskolen skulle tenke ut

<sup>50</sup> De med psykiske lidelser deltar i liten grad på disse kulturkaféene. Det sies at enkelte med psykiske lidelser reagerer på det høye lydnivået enkelte psykisk utviklingshemmede forårsaker. Men det sies også at enkelte med psykiske lidelser ikke ønsker å delta på et tiltak hvor de risikerer å bli satt i samme bås med de psykisk utviklingshemmede.

hvordan de kan nå denne målgruppa i fremtiden. Det sies at det synes å ha skjedd et gjennombrudd når det gjelder musikk skolens vilje til å ta i mot elever i denne kategorien – som ofte er meget opptatt av og har stor glede av musikk.

Det rapporteres om at gjennom kontakt (via prosjektleder) til muséet og fylkesmusikerne har det åpnet seg nye samarbeidsmuligheter. Ellers er det et tydelig ønske hos de som arbeider med psykisk utviklingshemmede at kultursektoren mer aktivt går inn og til rette legger aktiviteter for denne gruppen, og at sektoren også bruker sitt nettverk slik at frivillige foreninger og lag også kan åpne seg mer. Her er det mye ugjort.

Gjennom forsøksmidler fra *Kultur gir helse* har helse- og sosialetaten arrangert kurs for støttekontakter til psykisk utviklingshemmede og for barnevernet. Et mål er at støttekontaktene skal bli mer aktivitetsorientert, mer orientert mot å ta kontakt med foreninger og lag og mindre ”ut og spise pizza-orientert”.

Det mest kostnadskrevende konkrete tiltaket overfor denne målgruppen har vært å etablere et sanserom på kommunens dagsenter for psykisk utviklingshemmede. Sanserommet gir muligheter for å høre musikk, skape musikk og lyd gjennom bruk av en ”sound-beam”, rommet gir rom for spennende eller avslappende synsinntrykk. Personalet understreker at de psykisk utviklingshemmede får en kulturopplevelse<sup>51</sup> på sanserommet. For brukere som er ansente, har spasmer og lignende kan en bruke programmer som virker beroligende og avslappende. Et sanserom slik det er bygget opp i Førde er basert på avansert og dyrt teknologisk utstyr. 40.000 kroner fra forsøksmidler var en forussetning for å få dette til. Erfaringene med sanserommet har i sin tur stimulert kommunen til å planlegge en utendørs sansehage på et nytt omsorgsboligprosjekt for denne målgruppen til en total kostnad på 200.000 kroner. Mesteparten av kostnadene dekkes gjennom grunnlagsinvesteringene, mens ca. 40.000 kroner kommer fra forsøksmidlene.

*Kultur gir helse-prosjektet har bidratt til å stimulere et ”system” som allerede er aktivitetsorientert – til å forbedre aktivitetene overfor målgruppen. I første rekke gjennom en viktig kulturinstitusjon som musikk skolen, gjennom skolering av støttekontakter og gjennom investeringer i dyrt utstyr som vil ha varig verdi for målgruppen. Iverksetterne som i utgangspunktet var svært skeptiske til hele forsøket, gir mot slutten av forsøksperioden et positivt bilde av det som har skjedd.*

Førde er en av få kommuner som har ”brukt” *Kultur gir helse* i forhold til gruppen psykisk utviklingshemmede.

## Helse – eldre – kultur – trivsel: HEKT i Levanger.

Dette er et arbeid som ble startet opp gjennom en arbeidsgruppe allerede 3 år før HELKUL-prosjektet i Levanger startet. Gjennom HELKUL-prosjektet ble kultur- og trivselsarbeidet overfor eldre forsterket. En av helse- og sosialsektors saksbehandlere fikk øremerket halvparten av sin stilling til å arbeide med å aktivisere eldre – som en slags aktivitetskonsulent. Vedkommende har funnet dette så meningsfullt at også en god del av fritida har gått med til slik jobbing. Den halve stillingen finansieres av helse- og sosialsektor på ordinær måte.

I utgangspunktet hadde HEKT isolerte og ensomme eldre som målgruppe. Etter hvert har en rettet tilbudet mot eldre generelt. En viktig politikk er også å respondere aktivt på

<sup>51</sup> Dette kan vi underskrive på – etter å ha tilbrakt en halv time i sanserommet i Førde. Det gir virkelig en opplevelse i lyd og bilder, og det virker samtidig svært avslappende..

ønsker og forespørslers fra de eldre – og så prøve ut tiltak. Ofte kommer disse forespørslene fra de friske eldre.

HEKT har gått fra å være for svake grupper til å gjelde den store gruppen eldre. Og da følger kanskje noen svake med.” ”Vi får ikke folk til å innrømme at de er ensomme. Vi kan derfor heller ikke lage noe for de ensomme. Vi må lage noe som alle kan være med på. (aktivitetskonsulent)

Gjennom de siste tre årene er det gjennomført en rekke aktiviteter og tiltak. En god del av disse aktivitetene har aktivitetskonsulentene vært med å initiere, men etter hvert har friske eldre selv tatt over ansvaret for tiltaket. Andre tiltak er avhengig av at koordinatoren spiller en mer aktiv rolle.

HEKT har følgende tiltak:

- Gåture for eldre. 20 stykker i Levanger og ca. 10 i Skogn går en samlet tur en gang pr. uke – og avslutter med en kopp kaffe. Dette er en selvorganisert aktivitet som går av seg selv.
- Svømmegrupper. I 1998 var tre grupper i sving – med til sammen 70-80 eldre, hvorav en god del menn.
- Leseringer. 3 leseringer i Levanger og en i Åsen. Til sammen 25-30 eldre. Deltakerne i en ring leser samme bok, og kommer sammen og samtale om boka. I enkelte tilfeller har de også besøkt forfatterens hjemsted – eks. hjemstedet til Sigrid Unset og Johan Bojer.
- Reiseklubb. Denne klubben arrangerer alt fra en årlig sydentur (med 25 deltakere), turer til Kiel, Oslo, Bergen, Trondheim – og til turer i nærområdet. Antall turer har ligget på 10-12 pr. år. Ved at disse turene organiseres fra Levanger, vet deltakerne at når de melder seg på alene vil de nesten alltid kjenne andre deltakere. Turene er avhengig av en god del arbeid fra eldrekoordinatorens side.
- Formiddagstrim for damer som arrangeres på rådhuset.

Sett fra aktivitetskonsulentens side har en viktig bieffekt av HELKUL-prosjektet vært at hun har fått til et langt nærmere samarbeid med kultursektoren, noe som har lettet arbeidet med å få iverksatt konkrete tiltak overfor de eldre.

### ”Barn i bevegelse” – i Levanger

Dette store delprosjektet i Levanger retter seg mot barn med sammensatte vansker hvor sein motorisk utvikling er en del av bildet, samt andre barn med lettere motoriske vansker som ikke har kontakt med spesialpedagoger, fysio- eller ergoterapeuter. I prosjektgruppen sitter kommunens barnehagekonsulent/barnehageansvarlig, to barnehagestyrere, en deltaker fra kulturretaten med lang fartstid i frivillige organisasjoner, rektor på musikk-skolen, kommunens sjefsfysioterapeut, samt en fysioterapeut og en ergoterapeut som arbeider med barn.

Dette delprosjektet omfatter igjen flere større enkelttiltak:

#### 1. Bevegelsesgrupper

Det er etablert to bevegelsesgrupper for 4-6 barn i hver gruppe. Tilbudet er lagt inn i den tida barna oppholder seg i barnehagen. Barna har med seg assistenter, spesialpedagog og av og til foreldre. Ved siden av allsidig ute og inneleik, har også musikkskolerektor

bidratt med musikk og sangleik. Hovedintensjonen er at barna skal få mestringsopplevelser sammen med andre, og at de skal klare økende fysiske utfordringer.

## 2. Kompetanseutvikling i barnehagene.

Intensjonen er å utvikle forståelse hos barnehagepersonell for betydningen av allsidig bevegelseserfaring. Her har kommunen trukket veksler på den fagkompetanse som finnes på førskolelærerutdanningen på høgskolen, og fra musikk- og kulturskolen.

## 3. Etablering av en friluftsbarnehage.

Delprosjektgruppen har arbeidet lenge med å få etablert en slik barnehage– etter inspirasjon fra en tilsvarende i Trondheim. Planarbeidet har skjedd i samarbeid med høgskolen. En slik barnehage ble høsten 1999 etablert i kommunen. Den er også tenkt som en spydspiss med tanke på å utvikle positive holdninger hos alle barnehageansatte i kommunen til frileik i naturen. Målet er at barna i alle barnehagene skal få leke mer i naturen.

## 4. Samarbeid med idretten.

Dette har vært et forsøk på å få til et samarbeid med allidretten i idrettslagene slik at motorisk usikre barn kan delta. Forsøket har foreløpig strandet fordi - som det sies fra en informant: ”Idretten var ikke modne for å prøve noe nytt. De var fornøyd med sine modeller”. Prosjektgruppa har ikke gitt opp å få til en dreining i allidretts-opplegget, og har nå fått ”tent” en av de tunge idrettsledere i kommunen på disse tankene. Klubbene vil bli forsøkt påvirket gjennom det kommunale idrettsrådet.

## 5. Samarbeid om et nærmiljøanlegg i Staupsmarka.

Etablering av en lavolignende bygning som kan brukes av to lokale skoler til lek og utendørs aktivitet.

## 6. Beitostølen – lokalmiljømodellen

Beitostølen helsesportsenter gikk i 1997 over til å innkalle funksjonshemmede barn (herunder barn med grovmotoriske vansker) fra samme kommune til et felles to-ukers treningsopphold på senteret. Tidligere ble barn fra ulike kommuner blandet. Målsettingen med å satse på ”kommunegrupper” er at Beitostølen helsesportssenter da samtidig kan innkalle flere fagpersoner fra kommunen slik at de kan skoleres samtidig, og slik at gruppa kan fortsette som ei treningsgruppe etter oppholdet. ”*Barn og bevegelse* vil legge et samarbeid opp mot ei barnegruppe som søker om opphold, inn i helkul-prosjektet” (sitat fra notat av 17.09.97 om barn og bevegelse).

## 7. Hegle kulturforum

Dette er et samarbeidsforum for frivillig foreningsliv, Musikk-og kulturskolen, kultur- og miljøetaten, Leira asylmottak og Karienberg Ungdomsheim opp mot Hegle skole. Hensikten er en bedre organisering og samordning av kulturaktiviteter i oppvekstmiljøet.

## Vedlegg 2

### Oversikt over delprosjektene og deres sentrale tilknytning

Prosjektsted	Nkr	SHD	2kryss
Rygge	X		
Eidsvoll	X		
Bygdøy-Frogner	X		
Ringsaker	X		
Søndre Land	X		
Drammen	X		
Borre	X		
Tinn	X		
Arendal	X		
Kristiansand	X		
Eigersund	X		
Askøy	X		
Sunnal	X		
Steinkjer	X		
Nordland	X		
Karasjok	X		
Ammerudhjemmet		X	
Vestfold fylkeskommune		X	
Nord-Odal		X	
Bergen		X	
Borgestadklubben		X	
Teateret Sirius		X	
Norsk revmatikerforbund, avd. Møre/Romsdal		X	
Østre Toten		X	X
Kvinnherad		X	X
31B Gamle Oslo		X	X
Vestvågøy		X	X
Uranienborg-Majorstuen	X	X	X
Tromsø	X	X	X
Bjugn	X	X	X
Førde	X	X	X
Levanger	X	X	