

Susanne Søholt

Helsefremmende ledelse

En evaluering av gruppeledere med
innvandrerbakgrunn

BYGGFORSK

Norges byggforskningsinstitutt

Susanne Søholt

Helsefremmende ledelse

En evaluering av gruppeledere med
innvandrerbakgrunn

Prosjektrapport 225 – 1997

Prosjektrapport 225

Susanne Søholt

Helsefremmende ledelse

En evaluering av gruppeledere med
innvandrerbakgrunn

Emneord: ledelse, dialog, minoriteter,
storbyutfordringer, helsetjeneste

Prosjekt: O 4728

ISSN 0801-6461

ISBN 82-536-0592-7

150 eks. trykt av

S.E. Thoresen as

Cyclus resirkulert papir

Omslag 200 g, innmat 100 g

© Norges byggforskningsinstitutt 1997

Adr.: Forskningsveien 3 B
Postboks 123 Blindern
0314 OSLO

Tlf.: 22 96 55 00

Fax: 22 69 94 38 og 22 96 55 42

Forord

Primærmedisinsk verksted er et treårig (1994 - 1997) prosjekt. Det har som formål å bidra til å styrke det forebyggende helsearbeidet i bydel 6 i Oslo ved å utvikle prosjekter som kan tjene til å bringe dagens helsetjenester mer i samsvar med den flerkulturelle befolkningens behov. Et av prosjektets satsingsområder har vært å forsøke å utvikle «naturlige hjelpere» blant innvandrerbefolkningen.

Hovedhensikten med evalueringen har vært å hente fram og vurdere erfaringer fra de «naturlige hjelperne». Hvordan har de utviklet gruppelederrollen og i hvilken grad bidrar de til at helseinformasjon når grupper blant innvandrerbefolkningen som de etablerte helsetjenestene ikke når?

Denne rapporten er foreløpig den siste i rekken av evalueringer av prosjektene Primærmedisinsk verksted og Enerhaugen barnestasjon.

De to foregående evalueringene er formidlet i rapportene:

- Primærmedisinsk verksted; kartlegging av erfaringer med en pakistansk/norsk helseopplysningsgruppe (Byggforsknotat nr. 1 1996, Susanne Søholt)
- Kommunikativ kompetanse i praksis - en evaluering av Primærmedisinsk verksteds opplæring av helsearbeidere (Byggforsknotat nr. 18 1996, Kari M.S Bakke og Susanne Søholt)

Evaluering er tilbakeskuende. Hensikten med evalueringer er at en skal kunne lære av erfaringene. Ting som har vist seg å fungere bør en arbeide videre med. Ting som ikke fungerer bør en lete etter andre alternativer for. Resultatene kan brukes som premisser for konsolidering, kursendringer og ny planlegging.

Denne evalueringen omfatter perioden 1996 og våren 1997. Innsamling av ny informasjon er gjennomført i april, mai og juni 1997.

I rapporten skrives det om deltakerne i Primærmedisinsk verksted og Enerhaugen barnestasjon som kvinner fordi det er de som er hovedbrukergruppen. Det har vært en gruppe med mannlige deltakere, når erfaringer herfra omtales gjøres det eksplisitt.

Evalueringen er finansiert av Sosial- og helsedepartementet.

Undersøkelsen er gjennomført og rapportert av statsviter Susanne Søholt.

Jeg takker alle informantene som har satt av tid til samtaler. Jeg takker spesielt prosjektlederne Arild Aambø og Madhu Sharma og prosjektassistentene Mumtaz Sabir og Afshan Rasool ved Primærmedisinsk verksted og Enerhaugen barnestasjon som har stilt tid og materiale fritt til disposisjon. På Byggforsk har sosiolog Hilde Krogh og psykolog Siri Nørve gitt verdifulle kommentarer.

Oktober 1997

Thorbjørn Hansen
Forskningsjef

Susanne Søholt
Prosjektleder

INNHOLDSFORTEGNELSE:

FORORD	3
SAMMENDRAG	7
1. INNLEDNING	13
1.1 TEMA FOR EVALUERINGEN	14
1.2 OPPDRAGELSE AV JENTER I ISLAM	15
1.3 MED FORTIDEN SOM VEIVISER	15
2. BESKRIVELSE AV PROSJEKTET	
PRIMÆRMEDISINSK VERKSTED / ENERHAUGEN BARNESTASJON	16
2.1 PRIMÆRMEDISINSK VERKSTED	16
2.2 MÅL FOR ENERHAUGEN BARNESTASJON	20
2.3 TOKULTURELL KOMPETANSE I PROSJEKTET	21
3. DEN FILOSOFISKE TANKEN BAK SATSINGEN PÅ LEK FOLK SOM HELSEFORMIDLERE	22
4. PROBLEMSTILLINGER	24
5. METODE	25
5.1 GJENTATTE SAMTALER MED PROSJEKTLEDERNE VED ENERHAUGEN BARNESTASJON OG PRIMÆRMEDISINSK VERKSTED	26
5.2 INTERVJU MED AKTØRER I HELSEVESENET I BYDELEN	26
5.3 GJENNOMGANG AV SKRIFTLIG MATERIALE OM ENERHAUGEN BARNESTASJON OG PRIMÆRMEDISINSK VERKSTED	26
5.4 DELTAKELSE OG OBSERVASJON	27
5.5 INTERVJU AV GRUPPELEDERE	27
5.6 EVALUATOR OG ENDEL AV GRUPPELEDERNE MANGLET FELLES SPRÅK	27
5.7 SAMTALEINTERVJU MED GRUPPELEDERNE	28
6. BESKRIVELSE AV GRUPPEVIRKSOMHETEN VED PRIMÆRMEDISINSK VERKSTED OG ENERHAUGEN BARNESTASJON	29
6.1 FELLES HELSEOPPLYSNINGSMØTE	29
6.2 HELSEOPPLYSNINGSGRUPPER	30
6.3 TRENINGSGRUPPER	31
6.4 KOKEKURS	31
6.5 ARBEIDSGRUPPER	32
6.6 LEDERUTVIKLING MED SPRÅKTRENING	33
6.7 AD HOC ARRANGEMENTER	33
6.8 VEILEDNINGSMØTER	33
7. BRUKERE AV PRIMÆRMEDISINSK VERKSTED OG ENERHAUGEN BARNESTASJON	35
7.1 HVEM MOTIVERES IKKE AV TILBUDET VED ENERHAUGEN BARNESTASJON	36

8. BESKRIVELSE AV GRUPPELEDERNE OG DERES OPPGAVER	36
8.1 REKRUTTERING AV GRUPPELEDERNE	37
8.2 HVEM ER GRUPPELEDERNE?.....	38
8.3 GRUPPELEDERNES KOMPETANSE.....	38
8.4 FORVENTNINGER TIL GRUPPELEDERNE.....	40
8.5 HVA GJØR GRUPPELEDERNE?	41
8.6 GRUPPELEDERNES ETISKE FORHOLD TIL EGEN ROLLE	45
8.7 SAMHANDLING GRUPPELEDERNE I MELLOM.....	45
8.8 LEDELSE AV ARBEIDSGRUPPER.....	46
8.9 ARBEIDSGRUPPER - FAGLIG UTFORDRENDE OG ATTRAKTIVT	47
8.10 STRATEGIER OG TEMA I GRUPPENE.....	47
8.11 EKSEMPLER PÅ VANSKELIGE TEMA SOM BLE TATT OPP.....	48
9. KVINNENES OPPLEVELSE AV LEDELSE.....	50
9.1 AUTORITET OG TILLIT	51
9.2 MANGE SMÅ OG USYNLIGE BESLUTNINGER.....	52
9.3 INGEN INTERESSE FOR Å FREMHEVE LEDERPOSISJONEN	52
9.4 GRUPPELEDELSE; EN MULIGHET TIL Å HJELPE ANDRE SOM HAR DET VANSKELIG.....	53
9.5 GRUPPELEDELSE; EN ANLEDNING TIL Å LÆRE.....	53
9.6 SENTRALE BEGREPER I KVINNENES FORSTÅELSE AV LEDELSE.....	54
9.7 SAMMENLIGNING AV GRUPPELEDERNE VED ENERHAUGEN BARNESTASJON OG PROSJEKTLEDERE I NÆRMILJØARBEID.....	55
9.8 HVA HAR SKJEDD MED KVINNENE, HVOR ER DE NÅ?	56
10. BRUKERNES ØNSKER FOR VIDERE AKTIVITETER VED ENERHAUGEN	
BARNESTASJON.....	57
10.1 PLANER FOR DEN SOMALISKE GRUPPA HØSTEN 97:	58
10.2 ØNSKER FRA DEN PAKISTANSKE GRUPPA	58
11. HELSETJENESTENS SYN PÅ ENERHAUGEN BARNESTASJON OG	
HELSEOPPLYSNINGSGRUPPENE	60
11.1 FORANKRING AV ENERHAUGEN BARNESTASJON I BYDELEN.....	62
12. OPPSUMMERING	64
12.1 ENERHAUGEN BARNESTASJON.....	64
12.2 DILEMMAER I FORHOLD TIL GRUPPELEDERNE	66
12.3 UTFORDRINGER FOR ARBEIDET FREMMER.....	69
LITTERATURLISTE.....	72
VEDLEGG 1:	
INTERVJUGUIDE GRUPPELEDERE.....	74
VEDLEGG 2:	
INTERVJUGUIDE TIL HELSETJENESTEN	75
VEDLEGG 3:	76
SAMMENDRAG; KOMMUNIKATIV KOMPETANSE I PRAKSIS.....	76

Sammendrag

Hovedhensikten med denne evalueringen har vært å hente fram og vurdere erfaringer fra de «naturlige hjelperne» knyttet til Primærmedisinsk verksted og Enerhaugen barnestasjon. Hvordan de «naturlige hjelperne» har utviklet gruppelederrollen, og på hvilken måte de har bidratt til kompetanseøkning om forståelse av helse og helsefremmende arbeid blant kvinner med innvandrerbakgrunn er sentralt i evalueringen.

Primærmedisinsk verksted er et helseprosjekt innenfor bydelshelsetjenesten i bydel Gamle Oslo. Hensikten med prosjektet har vært å fokusere spesielt på helsemessige problemer som karakteriserer sentrumsområdene og å utvikle «terapeutiske» tilnærminger som er relevante og meningsfulle for beboerne i bydelen. I denne sammenheng har det vært satset på «naturlige helpere». «Naturlige helpere» er interesserte lekfolk fra innvandremiljø som har fått i oppgave å inspirere andre fra samme miljø til positiv helsefremmende aktivitet. Enerhaugen barnestasjon er et prosjekt initiert og planlagt av Primærmedisinsk verksted. Målet med Enerhaugen barnestasjon er å utvikle en alternativ helsestasjon med spesiell vekt på kompetanseutvikling i forhold til innvandrerbefolkningen i bydelen. Virksomheten knyttet til «naturlige helpere» og gruppeledere startet ved Primærmedisinsk verksted og er videreført ved Enerhaugen barnestasjon. For nærmere beskrivelse av prosjektene se kapittel 1 og 2.

Tilbakeblikk

Primærmedisinsk verksted har vært gjenstand for tre devalueringer. Den første kartla erfaringer med den opprinnelige norsk/pakistanske helseopplysningsgruppa ved verkstedet. Kvinnene i denne gruppa har vært kjernen blant gruppelederne. Den andre studien evaluerte verkstedets opplæring av helsearbeidere i frontlinjetjenesten i løsningsorienterte samtaler (sammendrag, se vedlegg 3). For å belyse de pedagogiske metodene og hvilke muligheter de åpner for, har vi valgt å presentere et kort sammendrag fra den første evalueringen her. Det kan bidra til å belyse prosessen gruppelederne har vært igjennom.

I 1997 gir gruppelederne inntrykk av å være ressurssterke kvinner som leder grupper, deltar i diskusjoner og tar initiativ for å komme inn på arbeidsmarkedet. Da Primærmedisinsk verksted startet opp i 94/95 ble det brukt mye ressurser og lang tid for å klare å konsolidere en gruppe med kvinner. Mange falt fra underveis. Mange var skeptiske til å delta i grupper med fremmede (kvinner fra samme nasjonale gruppe) for å diskutere hva de oppfattet som personlige helseproblemer. Samtidig hadde de behov for en arena for å utveksle hverdagslivserfaringer med likesinnede. I Norge levde flere av kvinnene adskilt fra det tradisjonelle kvinnenettverket i familien, de var mye alene og hadde behov for å treffe andre. En viktig motivasjon og legitim grunn til å delta på møtene var at de var knyttet til helseinformasjon og barneoppdragelse. Det ville styrke dem i deres rolle som mødre og veiledere for sine barn og i deres rolle som god hustru som har ansvar for familiens ve og vel. Dette var noe som familiene sluttet opp om. De opplevde at det gjorde mor godt å delta.

I løpet av det første året viste det seg at møtene ble en viktig begivenhet for kvinnene. Det ga dem anledning til å komme ut og treffe andre som *ikke var fra familien*. Møteplassen var ikke befengt med tradisjoner og tabuer. Det ble på mange måter en friplass hvor de var med å utvikle innhold og form. Den metodiske grunntanken var at møtene måtte ta hensyn til hvor

kvinnene var. Det var deres interesser som styrte innhold og tempo. Overraskende for kvinnene var at de ble oppfordret til å *stille spørsmål helt til de forsto*. Dette bidro til å bygge opp tillit og inspirerte kvinnene til å delta og stille kritiske spørsmål. De overskred den private sfære og bygget etterhvert opp en trygg offentlig arena hvor de deltok på lag med profesjonelle helsearbeidere.

Helt konkret tok kvinnene til seg helse- og kostholdsinformasjon på en slik måte at det førte til at de selv og deres familier endret adferd i forhold til å ta vare på egen helse og i forhold til egenomsorg ved sykdom. De følte seg kort og godt friskere både psykisk og fysisk.

Motivasjonen for å delta skiftet karakter underveis. I tillegg til å være opptatt av å lære om helse, ble de mer og mer bevisst på at deltakelsen ga dem *anledning til aktiv læring*. Kvinnene ble læringsmotiverte av å delta og oppdaget samtidig at de hadde kunnskaper og ferdigheter som var nyttige i det helsefremmende arbeidet. Læringen omfattet helsespørsmål, men også språk og tema for å forstå mer av hvilke samfunnsmessige sammenhenger de inngikk i.

Prosjektleder viste helt fra begynnelsen kvinnene tillit ved å *stille forventninger til dem* om at de senere kunne drive helseopplysningsgrupper og bli «naturlige hjelpere». Ved hjelp av jevnlig utfordringer opplevde de å mestre. Koplet med diskusjon bidro det til selverkjennelse og selvtilit på en slik måte at kvinnene etter ca. 1 år tok initiativ til å starte grupper som de skulle være ansvarlige for og lede.

Hvordan kvinnene utviklet egen lederrolle og hvilken betydning de tilla den, har vært gjenstand for den siste evalueringen som denne rapporten omhandler.

Sammendrag - Helsefremmende ledelse

Gruppelederne - viktig tilleggskunnskap

I perioden fra oktober 1995 til juni 1997 har 17 «naturlige hjelpere» inngått tidsbegrenset kontrakt om å være gruppeleder ved Primærmedisinsk verksted og Enerhaugen barnestasjon. Bortsett fra en, har alle gruppelederne vært førstegenerasjonsinnvandrere til Norge. Det har vært en mann blant gruppelederne. Gruppelederne har bakgrunn fra Pakistan, Somalia og Iran. Gruppelederne har ikke hatt formell kompetanse innenfor helseinformasjon, men har hatt viktig kunnskap knyttet til det å leve i eksil, tradisjoner og skikker samt nødvendig livs- og erfaringskunnskap som har vist seg nyttig i det helsefremmende arbeidet.

Formidling av helseinformasjon

Gruppelederne har deltatt på ukentlige helseopplysningsmøter hvor helsefaglig personale har forelest om tema valgt av deltakere og gruppeledere i fellesskap. Gruppelederne har tatt notater og diskutert tema seg i mellom før de selv har hatt helseopplysningsmøte om samme tema.

I perioden 1996 - t.o.m våren 1997 har det vært tilsammen vært 14 **helseopplysningsgrupper** som har møttes mellom 4 og 30 ganger. Tilsammen har det vært holdt ca. 260 møter. I hver gruppe møtte det mellom 2 og 17 personer med et gjennomsnitt på 6,2 personer i 1996. I tillegg til helseopplysningsgrupper, har noen av gruppelederne også ledet **arbeidsgrupper** og vært ansvarlige for kokekurs. I perioden har det vært tre arbeidsgrupper med tema:

- turmuligheter i Oslo området
- baby massasje
- bekkensmerter i et immigrasjonsperspektiv

I samme periode har kvinnene avholdt fem **kokekurs** for nordmenn i pakistansk matlaging med tilsammen 21 undervisningskvelder. Det er utarbeidet oppskrifter og beskrivelser av næringsinnholdet i maten. Det er et sterkt ønske fra kvinnene å kunne fortsette med kokekurs. Denne virksomheten stoppet opp våren 1997 grunnet mangel på kjøkken. Gjennom kokekursene har kvinnene fått praktisk mulighet til å få vist hva de kan. De har blitt motivert til å lære mer om kosthold og ernæring og *andre emner som har med helse og integrering i samfunnet å gjøre*. Gjennom praktisk virksomhet har kokekurset åpnet en ny arena for kvinnene. Å lykkes som lærer for nordmenn har trukket fram evner og synliggjort for dem og for andre at de har muligheter for livsutfoldelse utenfor hjemmet.

Fra «naturlig hjelper» til yrkesdeltaker

Mye av insitamentet bak kokekursene var kvinnes ønske om jobb og inntekter. Da de oppsøkte Primærmedisinsk verksted og Enerhaugen barnestasjon var alle sammen uten lønnsarbeid. I juni 1997 har 65 % av gruppelederne fått arbeid eller går på skole. Tre har fått jobb som kokk eller kokkeassistent i barnehage. To har fått jobb i forhold til oppsøkende arbeid blant innvandrerbefolkningen i bydelen. *Dette er et uttrykk for at den kompetansen gruppelederne har opparbeidet er etterspurt på det lokale arbeidsmarkedet i bydelen.*

Samtidig er det verdt å merke seg at flere av dem som har fått jobb gjerne ville fortsatt videre med utviklingsarbeid ved Enerhaugen barnestasjon og Primærmedisinsk verksted. Dette fordi de opplevde det som motiverende, læringsrikt og meningsfullt. Anledningen til å tjene penger var imidlertid avgjørende for yrkesdeltakelsen.

Enerhaugen barnestasjon er helt avhengig av å ha et lag med «naturlige hjelpere» for å drive grupper. I det videre arbeidet bør det vurderes om det er ønskelig at gruppelederne etterhvert sluses over til yrkeslivet eller om kompetansen skal tas vare på og videreutvikles til beste for det helsefremmende arbeidet ved barnestasjonen. Dette vil ha betydning for opplæring og avlønning av gruppelederne.

Helsefremmende og frigjørende ledelse

Det som kjennetegnet gruppeledernes forhold til egen ledelse var at de ikke var spesielt opptatt av dette. Å være gruppeleder var viktig for å få mulighet til å utfolde seg, få lære og *bidra til at andre fikk det bedre*. Hvordan de utformet sin rolle var knyttet til dette. Det handlet bl. a om involvering og deltakelse fra gruppedeltakerne, å legge til rette for at de fikk komme fram med sine synspunkter og hva de var opptatt av, slik at det kunne styre den helseinformasjonen som ble formidlet.

Å være gruppeleder var en posisjon som ga liten formell autoritet. De «naturlige hjelpere» opprettholdt sin posisjon som ledere i kraft av opparbeidet tillit og kjennskap til og respekt for deltakerne i gruppa. De oppfattet sin lederrolle sammenfallende med beskrivelse av selvlærte helsearbeidere i utviklingsland. Det handlet om menneskelige relasjoner og at det å hjelpe andre var meningsfullt. Det handlet ikke om posisjoner og å fremheve seg selv. Oppsummert kan en kalle denne formen for ledelse både *helsefremmende og frigjørende*. Det helsefremmende er knyttet til at en gjennom aktiv dialog tilegner seg begreper og forståelse

som gjør at en får mer oversikt og kontroll med egen situasjon og hverdagsliv. Det frigjørende er knyttet til at gruppeleder gjennom å fokusere på evner og ferdigheter, har inspirert deltakerne og seg selv til å se muligheter for å utvide sitt eget handlingsrom.

De «naturlige hjelperne» som supplement til helsetjenesten

Forebyggende helseinformasjon er en lovpålagt oppgave og ligger innenfor den kommunale helsetjenestens ansvarsområde. Helsestasjonene kjennetegnes av å gi råd og informasjon, mens de «naturlige hjelperne» er helt avhengige av aktiv medvirkning fra brukerne. I den fleretniske bydelen Gamle Oslo kan de «naturlige hjelperne» supplere helsetjenesten ved at de snakker samme språk som store deler av innvandrerbefolkningen og kjenner deres skikker og tradisjoner i forhold til sykdom og helse. De vet hvor «skoen trykker» og kan kommunisere direkte med innbyggere med minoritetsbakgrunn. De kan også formidle annen informasjon enn det som er tilgjengelig gjennom helsestasjonene.

Helseopplysningsgruppene og de «naturlige hjelperne» er ettertraktet. Gruppelederne får stadig forespørsler om å starte nye grupper. Dette er et uttrykk for at de *når* grupper som opplever dette tilbudet som nyttig og nødvendig og som noe de vil avsette tid til.

På rett vei

Virksomheten ved Primærmedisinsk verksted / Enerhaugen barnestasjon har sådd forventninger hos kvinner med innvandrerbakgrunn i bydelen, både hos de som er gruppeledere og hos brukere av stedet. I den første evalueringen av de pakistansk/norske kvinnene kom det fram at noen aldri hadde opplevd å bli spurt om noe som hadde betydning. I denne evalueringen har de samme kvinnene aktivt formulert egne ønsker. *Gjennom anerkjennelse har de oppnådd erkjennelse.* Kvinnene har hevet seg opp til å bety noe i egne øyne og har begynt en prosess med å uttrykke seg i sammenhenger som betyr noe for dem. Dette gjelder i privatlivet, innenfor prosjektet og i den lokale offentlighet. Slike prosesser er vesentlige i forhold til den enkeltes psykiske helse og i forhold til integrering og samhandling mellom mennesker og institusjoner i samme bydel.

Metode for å takle helsepolitiske utfordringer

Det er en helsepolitisk utfordring å nå fram til innbyggere med innvandrerbakgrunn med budskap om å ta vare på egen helse. Ved hjelp av gjensidighet, dialog og satsing på «naturlige helpere» fra ulike etniske miljø har Primærmedisinsk verksted og Enerhaugen barnestasjon prøvd ut metodiske grep for å inspirere til helsefremmende aktivitet. Oppsummert må det kunne hevdes at den metodiske fremgangsmåten som har lagt vekt på å få fram økt kompetanse om forståelse av helse blant personer med innvandrerbakgrunn og blant helsefaglig personale har vært vellykket innenfor den kontekst den er utprøvd i. Involvering basert på erfaringskunnskap har inspirert til positiv aktivitet blant de deltakende i forhold til helsefremmende arbeid. Metoden har lagt vekt på at den enkelte (lek og lærd) har kunnskaper og ferdigheter som profesjonelle og lekfolk *sammen kan bearbeide og høste av i det helsefremmende arbeidet.* Kjernen i virksomheten har vært satsingen på gruppeledere med samme etnisk bakgrunn som brukerne av prosjektene. Det har lagt til rette for *tillit og myndiggjøring* i ulike etniske miljøer og for etablering av en *alternativ kanal for formidling* av helsefremmende aktivitet innenfor helsetjenesten i bydelen. Prosjektet kan sees som et uttrykk for at det er fruktbart å tilrettelegge et allment tilbud om helsetjenester til en uensartet

brukergruppe for at de skal få et meningsfullt og relevant tilbud. Det er imidlertid et åpent spørsmål hvordan helseprofesjonene vil forholde seg til en slik likemannstrategi. En videre utvikling etter de linjer som Primærmedisinsk verksted og Enerhaugen barnestasjon trekker, vil forutsette villighet til å gå utover tradisjonell, helsefaglig tenkning. Dette berører profesjonenes syn på hverdagslivskunnskapen.

1. Innledning

Bydel Gamle Oslo er en sentrumsbydel i Oslo som er preget av en variert og mangfoldig befolkning. I 1996 hadde bydelen 23016 innbyggere. Av disse hadde 32 % innvandrerbakgrunn¹. Bydelen har et sterkt økende barnetall. I tidsrommet 1987 - 1994 ble barnetallet mer enn fordoblet. På grunn av høy inn- og utflytting forholder helsetjenesten seg til langt flere barn enn det antallet som er innskrevet ved helsestasjonene. Når det gjelder levekår viser Oslostatistikken at bydelen er dårligst stilt i hele Oslo. I 1996 var bydelen den bydel i Oslo som fikk tildelt det største totalbeløpet til sosialhjelp². Fysisk er bydelen preget av stor trafikkbelastning, gammel bebyggelse som fornyes, høy tetthet og knapphet på grønne arealer. For å snu utviklingen er det igangsatt et bydelsovergripende prosjekt, Miljøbyen Gamle Oslo (1993-1998).

Primærmedisinsk verksted er organisert som et helseprosjekt innenfor bydelshelsetjenesten med midler fra Miljøbyen Gamle Oslo. Primærmedisinsk verksted startet i 1994 og skal avsluttes i sin nåværende form i desember 1997. Hensikten med prosjektet er «...å gi bydelshelsetjenesten mulighet til å fokusere spesielt på de helsemessige problemer som karakteriserer de indre sentrumsområdene, og for at en skal kunne utvikle terapeutiske tilnærminger som er relevante og synes meningsfulle for beboerne i bydelen. Det er også vesentlig at en på denne måten kan skape rom for refleksjon og nytenkning for de ansatte i bydelen slik at bydelen blir et attraktivt sted å arbeide» (Miljøbyavtale 1994).

Initiativet til prosjektet ble tatt av tidligere bydelsoverlege. Han har vært prosjektleder i hele perioden.

Primærmedisinsk verksted har fire innsatsområder:

1. Helse som kommunikativ kompetanse - utvikling av og gjennomføring av et undervisnings- / veiledningsopplegg i Løsningsorienterte samtaler, primært i forhold til bydelens hjelpeapparat.
2. Ernæringsproblematikk; i forhold til barn, gravide og eldre og med spesiell vekt på det fremmedkulturelle.
3. Faglig samarbeid med annenlinjetjenesten som kvalifiserer de som arbeider i førstelinjetjenesten, spesielt i forhold til problemområdene ernæring og psykososial problematikk.
4. Smittevern; herunder opprettelse av eget smittevern kontor.

Smittevernkantoret er opprettet og skilt ut som eget prosjekt. Denne evalueringen dreier seg om den virksomheten som i hovedsak er utført under pkt. 2.

Primærmedisinsk verksted har hatt som mål å drive alternativ helseopplysning i bydelen. Prosjektleder ved Primærmedisinsk verksted hadde en arbeidshypotese om at *personer som over lengre tid befinner seg i marginaliserte og /eller spesielt krevende situasjoner og som*

¹ Svein Blom (1997): «Residential concentration among immigrants in Oslo». Paper til Metropolis konferansen 1997.

² Djuve, Bjørnskau og Hagen (1996): «Fra behov til budsjett. En evaluering av Oslo kommunes kriteriebaserte budsjettfordeling mellom bydelene.» Fafo-rapport 210.

opplever maktesløshet og mangel på kontroll over egen livssituasjon, er mere utsatt for sykdom. Det ble antatt at en del kvinner med innvandrerbakgrunn ville falle inn i denne kategorien. For å forsøke å gjøre noe med dette valgte prosjektet å satse på alternativ kompetanseoppbygging og formidling av helseinformasjon ved hjelp av det som er blitt kalt «naturlige hjelpere». Hensikten har vært at en ved alternative metoder skulle prøve å formidle helsefremmende arbeid til utsatte grupper blant innvandrerbefolkningen.

1.1 Tema for evalueringen

De alternative metodene har implisert opprettelse av helseopplysningsgrupper. I gruppene var det et mål at deltakerne etterhvert skulle «overta» og selv danne nye grupper som de skulle ha ansvar for. Denne evalueringen handler om hvordan de som har blitt gruppeledere har utviklet sin lederrolle og hva de forstår med ledelse.

Prosjektledelsen ved Primærmedisinsk verksted har kalt disse gruppelederne for «naturlige hjelpere». Ideen bygger på flere og til dels motsetningsfylte strømninger i tiden. Fra norsk side kan ideen om naturlige hjelpere knyttes opp til fokuset på at den enkelte må ta mer ansvar for egen helse (NOU 191:10. Flere gode leveår for alle), til frivillighet og til frivillighetssentralene (St.meld.nr. 16: 1993-1994; *Lat ikke grasen gro mellom grannar - om videreføring av arbeidet med frivillighetssentraler*).

Satsingen på «naturlige hjelpere» kan også knyttes opp mot ideen om selvhjelpsgrupper, hvor fellesnevneren er minoritetsbakgrunn og søking etter å kunne fungere tilfredstillende som minoritet i det norske, flerkulturelle samfunnet. Fra minoritetspersonene side handler egen deltakelse dels om å bli bedre i stand til å ivareta egen og familiens helse i norsk klima og innenfor en norsk kulturkontekst. Men, like mye handler det om at en del av innvandrerbefolkningen har utvandret fra en annen del av verden for å finne bedre økonomiske levekår i Norge. De har gjort som nordmennene gjorde på slutten av forrige århundre da de utvandret til Amerika for å bedre sin økonomiske situasjon. *For minoritetspersonene innebærer dette at deltakelsen i Primærmedisinsk verksted / Enerhaugen barnestasjon blant annet er motivert ut fra et ønske om at dette kan være et lite skritt på veien mot at de får ta mer del i velstandsutviklingen i Norge.* De har et økonomisk incitament, noe som står i konflikt med frivillighetstankegangen og at vi skal gjøre det gode uten tanke på materiell egen nytte.

Frivillighetstankegangen står også i skarp kontrast til arbeidssamfunnet hvor innsatsen verdsettes i materielle verdier og hvor du som person blir verdsatt ut fra hvilken verdi du har i produksjonssamfunnet. På bakgrunn av den økonomiske situasjonen som disse minoritetspersonene befinner seg i, er de mer motivert for å delta i arbeidssamfunnet enn på frivillighetsmarkedet. Ganske enkelt fordi de er nødt til å prioritere sin tid i forhold til å skaffe familien inntekter, dersom det er mulig.

Lederne og deltakerne møter disse kryssende forventningene fra seg selv og fra samfunnet rundt. Prosjektet møter det i forhold til størrelsen på bevilgninger og forståelse for behovet for å lønne kvinnene.

1.2 Oppdragelse av jenter i islam

For å forstå muslimske kvinners adferd bedre, kan det være nyttig å trekke inn noen få uttalelser om oppdragelse av jenter i islam, slik det er formulert i Tove Stang Dahls bok (1992) om «*Den muslimske familie*». Boka bygger på Koranen og juridiske tekster innenfor de fire viktigste islamske hovedskolene. Empirien stammer fra fattigkvartaler i Kairo. Fordi Koranen ikke bare består av en religiøs tekst, men i minst like stor grad omhandler kodekser og regler for adferd som i stor grad blir etterfulgt, i sær knyttet til kjønnene og familien, kan Tove Stang Dahls bok bidra til å belyse muslimske kvinners situasjon. Det er allikevel viktig å gjøre oppmerksom på at islam blir *praktisert* vidt forskjellig i ulike land, og at ulike praksis begrunnes i tolkning av de sentrale tekstene. Generell informasjon om islam kan likevel være nyttig i forhold til å forstå hvilke endringer kvinnene gjennomgår, i egen bevissthet og i praktisk adferd.

I boka kommer det fram at som i vesten, får gutter og jenter ulik oppdragelse helt fra de er små. Guttene er ønsket og får uttrykke sin nysgjerrighet og utfolde seg forholdsvis fritt. I følge El Saadawi (1991) i Stang Dahls bok (:95) er det ikke slik for jenter. De får tidlig signaler om at de er mindreverdige og oppdragelsen preges av dette. Den skjer i en atmosfære av advarsler og restriksjoner, hvor jenta er til for andre enn seg selv og hvor hennes handlinger og væremåte samtidig påvirker både status og respektabilitet til de menn som omgir henne. Mange kvinner i den vestlige verden vil kjenne igjen dette, selv om signalene vil være mindre tydelige. «*Oppdragelse av jenter i arabisk kultur blir derfor i følge El Saadawi ikke sjelden transformert til en prosess av ydmykelse og degradering - en prosess som etter hvert setter sine dype spor i evnen til å utfolde seg og ta ansvaret for seg selv i livet. Her mener El Saadawi mye av den muslimske kvinnens identitets- og personlighetsproblem ligger i dag*».

Egypt representerer ikke Pakistan eller pakistanske miljøer i Oslo. Men, det generelle budskapet om kvinnens plass i forhold til mannen og familien er antakelig overførbart. En av kvinnene i undersøkelsen fortalte dette om sin oppdragelse: «*Vi jenter ble lært opp til alltid å ha en myk og avslappet kroppsholdning. Vi skulle ikke sitte rett i ryggen og aldri se direkte på noen. Vi skulle se ned. Dette for å signalisere at vi var underdanige*». Spranget fra en slik oppdragelse til å bli gruppeleder er stort. Det innebærer en bevissthetsendring i forhold til egen person fra sjelden å bli spurt om råd til å opparbeide seg en sentral og viktig posisjon for andre, tilknyttet en offentlighetsarena i skjæringspunktet mellom muslimsk og norsk kultur.

1.3 Med fortiden som veiviser

Et annet forhold som virker inn på kvinnene og deres situasjon er en form for disintegrasjon som ofte rammer minoritetspersoner i utlendighet. Det handler om at man dels har glemt egne tradisjoner og dels tar til seg tilfeldig av skikker og normer i det nye landet. For de tradisjonsbundne muslimene kan dette bidra til å gjøre overgangen til et liv i et vestlig land vanskelig. I arbeidet med gruppelederne er det ikke et poeng å bryte med gamle tradisjoner, men snarere å hente fram og forsøke å gjenerobre gammel kunnskap på en slik måte at det kan øke forståelsen for hvilken sammenheng de befinner seg i. På den måten kan gammel, men nyoppdaget kunnskap styrke dem i deres lederrolle.

På mange måter befinner minoritetspersoner i Norge seg i en slags nybrottsituasjon. For å overleve som minoritet må de bevisst eller ubevisst klare å utvikle en levemåte i krysning mellom det de bringer med seg og det de møter her. Det finnes ingen enkel oppskrift de kan følge og de må gå veien selv. *Primærmedisinsk verksted / Enerhaugen barnestasjon er et forsøk på å bistå på denne veien. Bistanden har hovedsakelig bestått i å samle minoritetspersoner slik at de sammen kan reflektere over hvor de befinner seg og hvor de vil. I et trygt miljø kan de prøve ut nye små skritt på en for alle ukjent vei.*

2. Beskrivelse av prosjektet

Primærmedisinsk verksted / Enerhaugen barnestasjon

Nedenfor følger en kort beskrivelse av hvordan arbeidet har vært organisert i prosjektperioden. Innenfor tidsperioden 1995 -97 er det mulig å skille ut tre faser med hensyn på organisering. Dette tas med fordi det har innvirkning på gruppeledernes nærhet til prosjektledelsen og beslutninger som angår dem, og det har betydning for hvor sentrale de er / har vært i forhold til prosjektet.

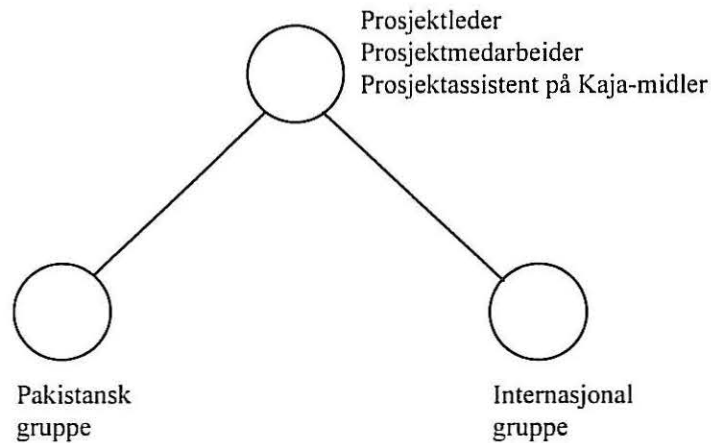
2.1 Primærmedisinsk verksted

For å gjøre noe med ernæringsproblematikken overfor innbyggere med minoritetsbakgrunn, satset prosjektleder for Primærmedisinsk verksted på forebyggende helseinformasjon. Helseinformasjonen ble formidlet i grupper med kvinner med minoritetsbakgrunn. Kvinnene valgte selv å bli med i gruppene etter at de hadde fått informasjon om tilbudet. Hvordan kvinnene ble rekruttert og hvordan gruppene fungerte er tidligere beskrevet av Søholt i Byggeforsknnotat nr.1, 1996.

Gruppene ble opprinnelig drevet av prosjektleder og en prosjektmedarbeider med indisk bakgrunn. Hun hadde tidligere arbeidet som tolk og hadde erfaring med å omgås mennesker med minoritetsbakgrunn. Det var også engasjert en kontor- og regnskapsansvarlig. Hun hadde pakistansk bakgrunn og er senere blitt leder på Vålerenga sosialkontor. Etter en stund ble en av kvinnene som deltok i den første pakistanske gruppa engasjert på Kaja-midler.

Primærmedisinsk verksted startet i lokaler i Grønland 12, i samme bygning som prosjektet Flerkulturforum, senere Delta, og i samme lokaler som prosjektet med fokus på internasjonal matkultur. Grønland 12 ligger sentralt på Grønland i en travel handlegate hvor mange ferdes. Bygget var nytt og lokalene hadde glassvegger mellom alle kontorer og felles gang og mellom møterommet og kontorene. Dette betydde at en alltid fikk inntrykk av at det var mye aktivitet og virksomhet i prosjektet. Helseopplysningsgruppene møttes i det felles møterommet. Folk som var i etasjen så og hilste på kvinnene, og kvinnene og de ansatte ble kjent. Det ga en følelse av å tilhøre et stc.re miljø hvor en fikk inntrykk av at det alltid skjedde noe.

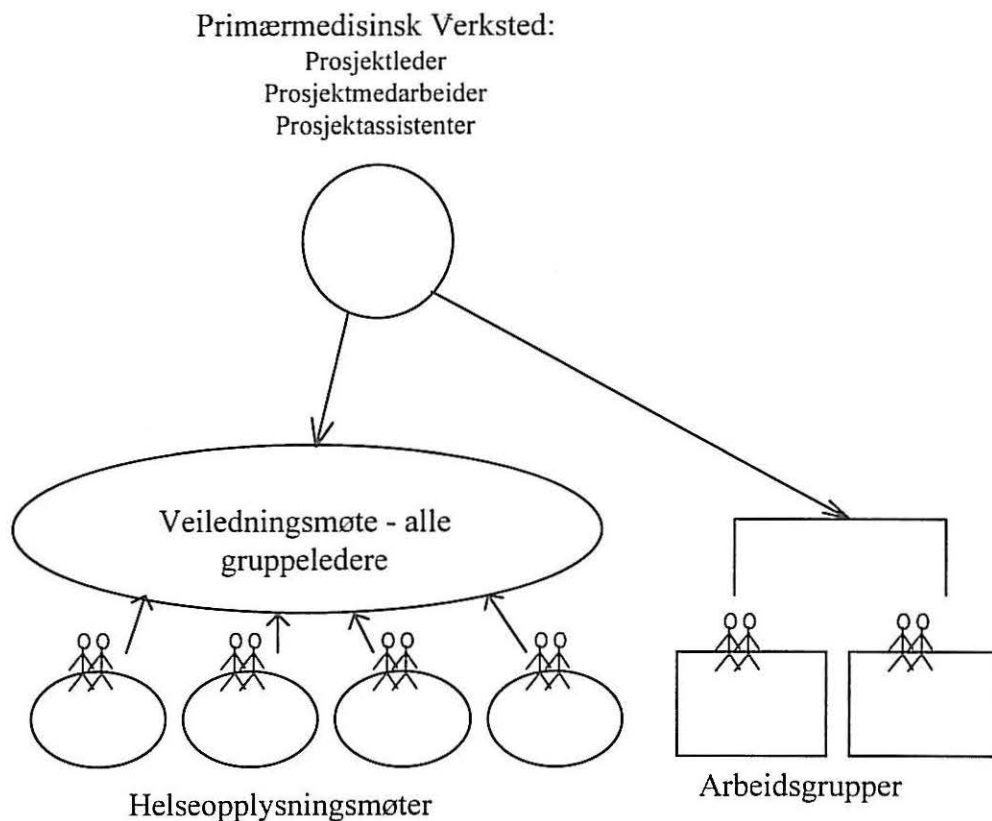
Primærmedisinsk verksted (1994-95): Fase 1, Oppstart



To grupper med kvinner i frivillige helseopplysningsgrupper.

I begynnelsen var det to grupper. En gruppe bestod av kvinner med pakistansk bakgrunn. Den andre gruppa var internasjonal med kvinner fra Norge, Somalia, Iran, Bosnia og Pakistan. Hver gruppe møttes en gang pr. uke. Grupper ble ledet av prosjektleder eller prosjektmedarbeider. I tillegg var det ofte innledere utenfra som snakket om et tema som kvinnene på forhånd hadde sagt de var interessert i. Helt fra begynnelsen var det prosjektleders intensjon at flest mulig av kvinnene som deltok i grupper skulle utvikle seg til «naturlige hjelpere» eller gruppeledere som kunne drive sine egne grupper. Dette skjedde etter et år.

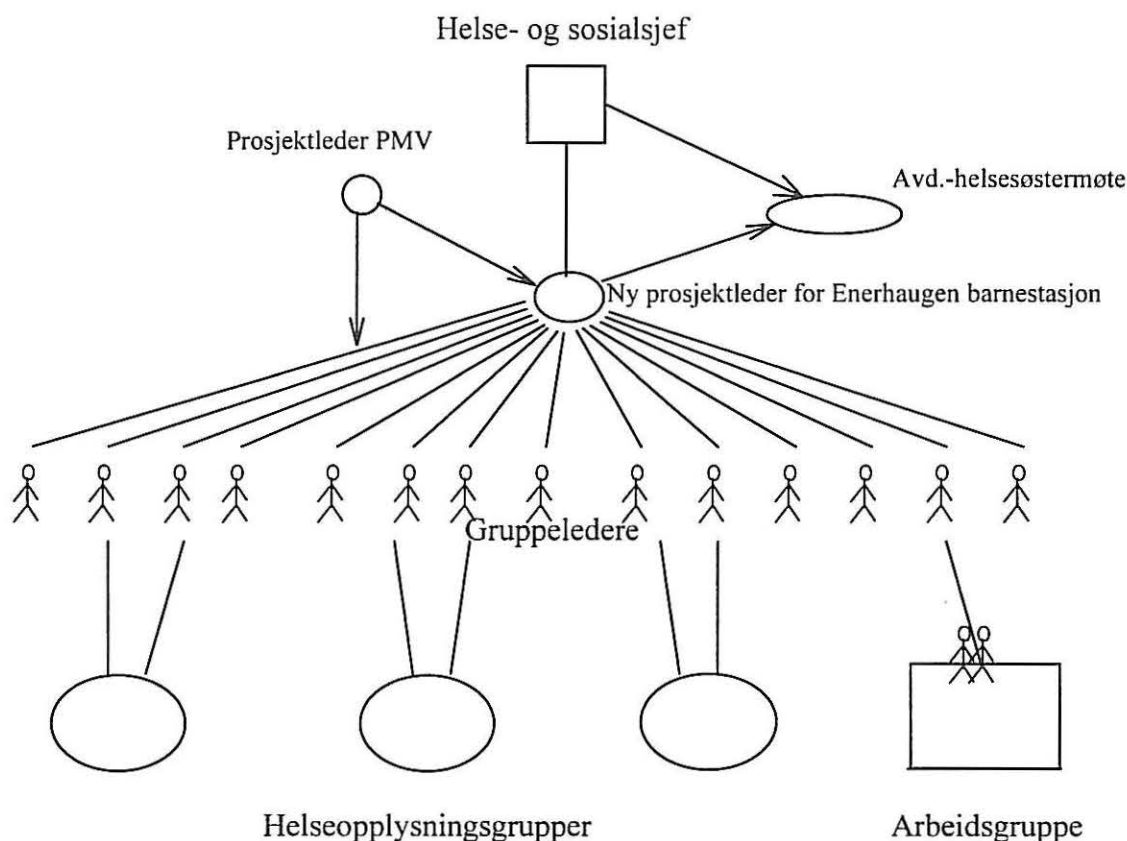
Primærmedisinsk verksted (1995-96): Fase 2, utprøving av gruppeformer



I denne perioden utviklet gruppestrukturen seg. I tillegg til helseopplysningsgrupper ble det etablert et felles helseopplysningsmøte en gang pr. uke, arbeidsgrupper, kokekurs, treningsgrupper og veiledningsmøter. De ulike gruppeformene har fortsatt i det videre arbeidet, om enn temaene som det jobbes med har endret seg. Gruppene beskrives nærmere i kapittel 6.

I de to første fasene var den indiske prosjektmedarbeideren en krumtapp i kontakten og oppfølgingen av gruppa med pakistansk/norske kvinner og var aktiv i forhold til kokekurs. Hun måtte imidlertid slutte ved Primærmedisinsk verksted i 1996 fordi hun ikke fikk forlenget sin permisjon og fordi det ikke var midler til å ansette henne permanent. Hun har imidlertid holdt kontakt med prosjektleder for Primærmedisinsk verksted. I samarbeid med ernæringsfysiolog er hun i 1997 i ferd med å utarbeide indisk/pakistanske matoppskrifter for personer med bl.a diabetes. I samme periode sluttet også den kontoransvarlige for å bli leder på Vålerenga sosialkontor.

Primærmedisinsk verksted (1996-97): Fase 3, etablering av nytt prosjekt -
Enerhaugen barnestasjon



I 1995 bevilget Byrådet ved avd. for finans og plan 1,4 mill. kroner til opprettelse av en forsøkshelsestasjon i bydelen som en del av Primærmedisinsk verksteds virksomhet. Dette gjorde det mulig å skille ut gruppevirksomheten og arbeidet med «naturlige hjelpere» som eget prosjekt. Prosjektleder ble tilsatt 1.august 1996. Hun var psykiatrisk sykepleier og hadde indisk bakgrunn med tilleggsutdanning i pedagogisk utviklingsarbeid og tverrkulturelt helsearbeid. Hun begynte å arbeide sammen med prosjektleder for Primærmedisinsk verksted for å sette seg inn i hva arbeidet handlet om.

Den nye prosjektlederen fikk ansvar for oppfølging av helseopplysningsgruppene. Tilsammen hadde de to prosjektlederne ansvar for og oppfølging av fem KAJA-plasser og en praksisplass. I en periode var det fire kvinner, tre med pakistansk og en med somalisk bakgrunn som hadde KAJA- eller praksis plass i tilknytning til de to prosjektene. De samme kvinnene har vært gruppeledere og tre av dem har senere fått andre jobber i bydelen. Det at det var noen fra hver av kvinnegruppene som hadde jobb i prosjektet, bidro til at de andre kvinnene fikk en opplevelse av at deres interesser ble ivaretatt. Dette gjaldt særlig den somaliske gruppa. De så ikke på de pakistanske kvinnene som talspersoner for dem. Når noen av kvinnene jobbet i prosjektet og samtidig var gruppeledere, betydde det også at de hadde anledning til å gjøre praktisk og planmessig forarbeid og etterarbeid til gruppemøtene. Det hadde ikke de andre gruppelederne tid til på samme måte. De var heller ikke så vel informert om hva som foregikk, om kontakter osv.

Høsten ble også brukt til å finne egnede lokaler til den nye helsestasjonen. Rundt årsskiftet 96/97 flyttet prosjektet inn i Smedgata 49 på Tøyen. Det fikk deretter navnet Enerhaugen barnestasjon. Primærmedisinsk verksted flyttet til Tøyensenteret, sammen med Tøyen hjemmetjenester.

Flyttingen betydde fysisk atskillelse mellom prosjektene Internasjonal matformidling, Primærmedisinsk verksted og Enerhaugen barnestasjon. All gruppevirksomheten fulgte med til barnestasjonen. Flyttingen tok imidlertid lang tid, så det ble et opphold i gruppevirksomheten i desember og januar. Da gruppene kunne starte, startet også Ramadan (muslimsk fastemåned) og to av gruppelederne reiste på pilegrimsreise til Mekka. Det lange avbrekket førte til ekstra arbeid med å rekruttere nye og tidligere deltakere til helseopplysningsgruppene.

I tillegg til fysisk atskillelse mellom Primærmedisinsk verksted og Enerhaugen barnestasjon skjedde det også en administrativ atskillelse mellom de to prosjektene. Enerhaugen barnestasjon ble lagt direkte under helse- og sosialsjefen i bydelen og prosjektleder møter regelmessig på avd.helsesøstermøtene. Prosjektleder for Primærmedisinsk verksted har funksjon som veileder for prosjektleder for Enerhaugen barnestasjon og som veileder for gruppelederne ved barnestasjonen. Atskillelsen av de to prosjektene betyr i praksis at bydelen forsøker å forankre Enerhaugen barnestasjon i bydelens alminnelige forvaltningsapparat, selv om finansieringen er usikker. Primærmedisinsk verksted kan fortsette å konsentrere sin virksomhet om utviklingsoppgaver knyttet til bydelens helsemessige utfordringer.

2.2 Mål for Enerhaugen barnestasjon ny helsestasjon med forsøk og utviklingsoppgaver

Den overordnede målsettingen for prosjektet Enerhaugen barnestasjon var at det skulle bidra til at befolkningen som bor i dette området *aktivt kunne delta i* utformingen av et tjenestetilbud i eget nærområde (*fra prosjektbeskrivelsen utarbeidet av Primærmedisinsk verksted*).

Enerhaugen barnestasjon er planlagt som en fjerde helsestasjonen i bydelen som samtidig skal ha forsøk og utviklingsoppgaver. Dette handler i sær om å utvikle egnede arbeidsmodeller som passer for en flerkulturell befolkning. Målsettingen om aktiv deltakelse innebærer at det må legges til rette for at brukere av Enerhaugen barnestasjon og beboere i området må få anledning til å delta i planlegging og utformingen av barnestasjonen.

I prosjektbeskrivelsen er det satt opp tre mål for arbeidet:

- Etablere helsestasjon med betydelig vekt på oppsøkende virksomhet og hjemmebesøk til utsatte grupper.
- Ernæringsprosjekt hvor en ønsker å utvikle / gjøre nytte av «naturlige hjelpere», dvs. ikke faglærte personer som kan fungere som ressurspersoner i sitt nærmiljø.
- Arena for fellesskap og integrering, hvor en søker å utnytte barnehagens muligheter for å fange opp og integrere utsatte grupper.

I byrådssaken (9506787) om barnestasjonen forutsettes det at prosjektet løpende utvikles og evalueres i samarbeid med brukerne.

I følge prosjektleder for Enerhaugen barnestasjon vil fokuseringen i fremtiden ikke lenger bare være på ernæring og egenomsorg, men like mye på psykososiale og etterhvert samfunnsmessige spørsmål som har betydning for kvinnene som deltar. Sommeren 97 starter et nytt delprosjekt med mål om å forebygge psykososiale problemer blant barn og unge.

Ernæringsprosjektet har fått et avbrekk p.g.a manglende økonomiske midler til etablering av kjøkken i lokalene.

I tillegg til prosjektleder har barnestasjonen hatt en engasjert medarbeider på deltid med midler fra ordning med lønnstilskudd. Hun har pakistansk bakgrunn og har deltatt i gruppe ved Primærmedisinsk verksted siden starten og ble allerede i 96 engasjert på KAJA-midler. Hun har også vært en av de mest aktive gruppelederne. Pengemangel i prosjektet er årsak til at hun ikke kan fortsette utover 1.halvår 97. I juni 97 ble det engasjert en ny prosjektmedarbeider med norsk bakgrunn. Hun skal jobbe med metodeutvikling i forhold til delprosjektet om å forebygge psykososiale problemer. Enerhaugen barnestasjon har foreløpig ikke lønnsmidler til å ansette førskolelærer til å jobbe med åpen barnehage.

Enerhaugen barnestasjon holder til på loftet i en gammel tre-etasjes brødfabrikk på Tøyen. Lokalene er store, men rommene er organisert slik at man ikke kan kommunisere med hverandre fra rom til rom, slik som det var i Primærmedisinsk verksteds tidligere lokaler. Lokalene er godkjent for Åpen barnehage, men det er lite plass til å kjøre parallelt kvinnegrupper og barnevirkosomhet. I tillegg må det avsettes lokaler til kjøkken slik at ernæringsprosjektet kan videreutvikles. Prosjektet er ikke samlokalisert med andre slik at bruk av Enerhaugen barnestasjon gir liten anledning til å treffe folk fra andre miljøer samtidig.

En del av kvinnene har hevdet at de syntes barnestasjonen ligger usentralt plassert i bydelen i forhold til tidligere.

2.3 Tokulturell kompetanse i prosjektet

Prosjektleder ved Primærmedisinsk verksted har helt siden starten lagt vekt på å engasjere ansatte med innvandrerbakgrunn. Dette har vært viktig bl.a for å signalisere at både norske og personer med innvandrerbakgrunn er nødvendige for å utvikle og formidle helsefremmende arbeid i flerkulturelle miljø.

Ved å engasjere en *prosjektleder* med indisk bakgrunn til Enerhaugen barnestasjon er det lagt et grunnlag for å kunne videreutvikle to- og flerkulturell kompetanse i prosjektet.

Delvis felles utgangspunkt og felles språk kan lette kommunikasjonen mellom prosjektleder, gruppeledere og den største brukergruppa ved stedet. Det kan bl.a bidra til at gruppeledere med manglende norskkunnskaper kan få anledning til å sette ord på og diskutere de vanskene de strever med, med en fagperson. Dette er antakelig en viktig støttefunksjon for gruppelederne som bør følges opp.

Denne siden ved Enerhaugen barnestasjon er ikke evaluert i denne omgang. Utviklingen og betydningen av flerkulturell kompetanse i prosjektet bør imidlertid følges opp.

3. Den filosofiske tanken bak satsingen på lekfolk som helseformidlere

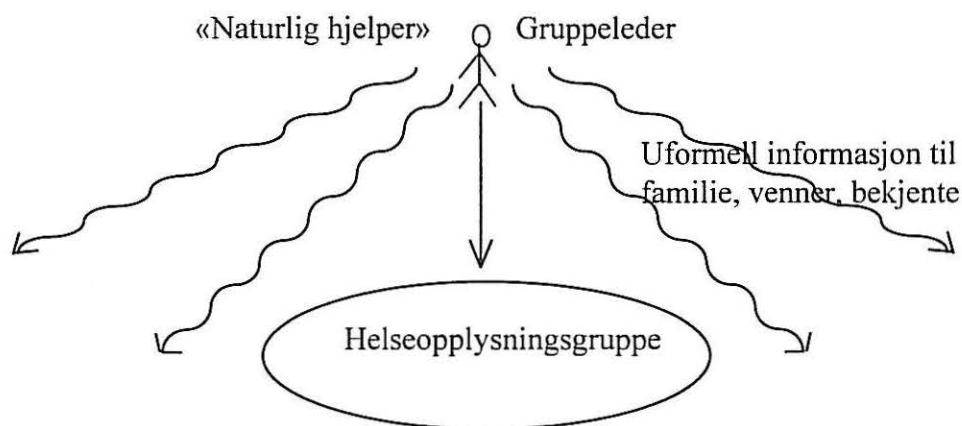
Satsingen på å utvikle «naturlige hjelpere» blant minoritetsbefolkningen i indre by i Oslo bygger på flere ideer. Det handler blant annet om hvordan en forholder seg til medisinsk kunnskap. I stedet for at denne type kunnskap skal betraktes som en ekspertkunnskap som er forbeholdt leger og andre profesjonelle helsearbeidere, er tanken at medisinsk kunnskap til egenomsorg bør være mer allemannseie. Det er også en tanke at vestlig medisin på en del områder kan være mangelfull og kan ha mye å lære fra andre måter å praktisere medisin på.

Det handler også om at formidlingen av medisinsk kunnskap til minoritetsgrupper i bydelen kan skje ved hjelp av «naturlige hjelpere» fra minoritetsgruppene i tillegg til helsearbeidere. I vår sammenheng er de «naturlige hjelperne» lekfolk som opplever det som meningsfylt og viktig å formidle kunnskap om egenomsorg og forebyggende helsearbeid til andre; det være seg nær familie og slekt, venner, naboer og bekjente eller mennesker i samme kultur / religiøse krets. Denne type formidling er uformell og kan ikke pålegges, kontrolleres eller styres. Det kan imidlertid arbeides med å motivere de som tilegner seg kunnskap i egenomsorg til å dele denne med andre. I tillegg til denne uformelle formidlingen av medisinsk kunnskap hadde prosjektleder for Primærmedisinsk verksted den innstillingen at de «naturlige hjelperne» kunne formidle helseinformasjon i organiserte grupper. Dette fordi gruppa var nødvendig for at det kunne oppstå en *dialog og kommunikasjon rundt de helserelaterte spørsmålene som kvinnene var interessert i.*

I følge prosjektleder er gruppa/familien/slekten som den enkelte kvinne tilhører basis for hennes persepsjoner, følelser og handlinger. I forbindelse med migrasjon skjer det ofte et tap av slike meningsbærende relasjoner, og med de viktig kunnskap som angår hverdagslivet. Når kvinnene kommer sammen i helseopplysningsmøter skjer det en utveksling av kunnskap som vil være nyttig i helsesammenheng uavhengig av om gruppelederen «lykkes» i å gi korrekt informasjon om ulike sykdomstilstander. Helseinformasjon blir på denne måten en «attraktor», noe som tiltrekker kvinnene fordi de er interesserte og fordi de opplever at slik informasjon er nyttig i hverdagen. Den *egentlige* helsegevinsten består imidlertid i at kvinnene gjennom *deltakelse og utveksling* av erfaringsbasert og profesjonell helsekunnskap, opparbeider selvinnsikt og nye *meningsbærende relasjoner* som gjør dem bedre i stand til å forstå og forholde seg konstruktivt til egen situasjon i Norge.

Gjennom gruppene blir helseinformasjonen «spedd på» med erfaringsbasert kunnskap som gjøres tilgjengelig for flere og som igjen blir spredd videre uformelt. En forutsetning for at de «naturlige hjelperne» skal lykkes i å gjøre helseinformasjon attraktiv, er imidlertid at de besitter pedagogiske verktøy som gjør dem i stand til å inspirere og lære andre hva de selv har tilegnet seg.

Figur: Spredning av informasjon fra «naturlige hjelpere»/gruppeledere



Her kommer læringsfilosofien til Primærmedisinsk verksted inn. «Løsningsorienterte samtaler» er en terapeutisk metode utviklet i familieterapi, som setter klienten i sentrum. Helsearbeideren skal bistå klienten til selv å definere og finne løsninger på egne problem som klienten tror hun har mulighet til å følge opp. Slik læring forstås her, innebærer det endring av adferd. For kvinnene som har deltatt i helseopplysningsgrupper har det bl. annet ført til endring i kosthold og hvordan de forholder seg til egne fysiske plager (Søholt, 1996)

Primærmedisinsk verksted har drevet opplæring av helsearbeidere i bydelen i denne metoden. Overfor deltakerne i helseopplysningsgruppene er metoden prøvd ut som et pedagogisk verktøy på gruppenivå. Deltakerne har ikke klientstatus, de deltar for å lære noe som de opplever som nyttig i hverdagen. I ettertid har det vist seg at både tema (helseopplysning) og undervisningsmetode har vært opplevd som meningsfullt. En grunn til dette kan være at tema og metode fremstår som en integrert helhet. Den pedagogiske metoden er involverende. Den har som mål å lære mennesker å se muligheter for seg selv og på denne bakgrunn treffe egne valg. Denne forståelsen for deltakende læring er nært knyttet opp til prosjektleders forståelse av helse. Helse forstås i en helhetlig sammenheng knyttet til et handlende individ (Antonovsky, 1987):

- | | |
|-------------------|--|
| Comprehensibility | - handler om å forstå og begripe verden, gjøre seg forstått og føle seg forstått |
| Manageability | - handler om at de ressursene enkeltmennesket behøver for å mestre livet sitt er der; hos en selv, i familien, i nettverket og i samfunnet |
| Meaningfulness | - handler om at enkeltmennesket opplever at det er meningsfullt og verdt å investere energi i det hun gjør |

Arbeidet i Primærmedisinsk verksted og Enerhaugen barnestasjon har i stor grad handlet om å veilede deltakerne slik at de kan komme nærmere egen oppfatning av «det gode liv», som igjen er et uttrykk for oppfatning av egen helse.

Bruk av lekfolk, eller ikke profesjonelle helsearbeidere, er utbredt i store deler av verden (Werner, 1993). Mest kjent er det fra utviklingsland hvor leger og sykepleiere er et knapt gode som få får glede av. De ufaglærte helsearbeiderne benytter ofte metoder som ligner på metodene som brukes i Primærmedisinsk verksted. Målet er hjelp til selvhjelp for konkrete grupper av mennesker og er nesten alltid knyttet til opplæring, nettverksbygging og lokalt utviklingsarbeid. Dette ble våren 97 demonstrert i et TV-program fra et prosjekt i Sør India som arbeider med å endre livssituasjonen og mulighetene for de aller fattigste og kasteløse kvinnene (Babayan, 1997). Der var det slik at de som etter opplæring hadde forbedret sin livssituasjon, engasjerte seg for å hjelpe andre ut av undertrykkelsen. Selv om det handlet om hjelp til selvhjelp, var det nødvendig å betale kvinnene for at de skulle delta i prosjektet.

Men også i utviklede land er det kriser i helsevesenet og misforhold mellom behov og tilbud på tjenester. Dette inviterer til utprøving av alternativ formidling av helseinformasjon. Primærmedisinsk verksted har forsøkt å nå grupper som helsevesenet har vanskeligheter med å nå. I forhold til minoritetsgrupper av første generasjon har antakelig mangel på kommunikasjon og meningsfulle møter med helsevesenet hatt betydning. Det handler om å snakke samme språk og det handler ikke minst om at helsevesenet må ha tid til å sette seg inn i og prøve å forstå minoritetspersonenes virkelighet og forhold til helse og sykdom. Uten en slik forståelse kan det være vanskelig å gi medisinske råd som pasientene forstår og vil følge. Her kommer de «naturlige hjelperne» inn som et viktig, men sårbart bindeledd mellom kvinner med minoritetsbakgrunn og helsevesenet. De «naturlige hjelperne» hører til samme kulturkrets som deltakerne i helseopplysningsgruppene og kan bidra til å legge til rette for samtaler som kan fortolke budskap mellom dem og helsevesenet.

Ut fra denne synsvinkelen vil de naturlige hjelperne være å betrakte som et nødvendig supplement til det etablerte helsevesenet, ut fra at de dekker behov hos innvandrergupper som helsevesenet ikke prioriterer. Det siktes i sær til «samtalene» som bidrar til menneskets (kvinnenes) behov for å inngå i en meningsfull sosial sammenheng.

Lekfolkene eller de «naturlige hjelperne» som har blitt gruppeledere, har bevisst eller ubevisst tatt til seg det menneskesynet som gjennomsyrrer arbeidet ved Primærmedisinsk verksted og Enerhaugen barnestasjon. Det er et inntrykk at prosjektlederne har fungert som attraktive rollemodeller for gruppelederne. Det har hjulpet dem til å fungere som gruppeledere og finne måter å håndtere problemer på som de møter som gruppeledere.

4. Problemstillinger

Hovedintensjonen med arbeidet ved Primærmedisinsk verksted og Enerhaugen barnestasjon har vært å utvikle metoder for å nå ut med helseinformasjon til den sammensatte og flerkulturelle befolkningen i bydelen. Dette er en helsepolitisk utfordring. Til tross for at hovedprinsippet for helsetjenestene er at det generelle tilbudet skal gjelde alle grupper i befolkningen, så er det åpnet for at tjenestene må legges til rette for å gi et likeverdig tilbud til en mer mangfoldig brukergruppe. I St. meld. nr.17 (1996-1997) «Om innvandring og det flerkulturelle Norge» bekreftes dette synet bl.a overfor den delen av befolkningen som har innvandrerbakgrunn.

Bruk av «naturlige hjelpere» i det helsefremmende arbeidet i bydel 6 i Oslo, er et forsøk på å utvikle alternative metoder for å få fram *økt kompetanse om forståelse av helse* blant personer med innvandrerbakgrunn. Det er samtidig et forsøk på *alternativ formidling* av helseinformasjon til en flerkulturell befolkning i storby.

På denne bakgrunn har det vært aktuelt å evaluere hvordan de «naturlige hjelperne» eller gruppelederne har utviklet sin rolle og hvilken betydning de har hatt for at helseinformasjon skal nå ut til innvandrerbefolkningen i bydelen.

Empirisk handler problemstillingen i denne rapporten om hvilken type ledelse gruppelederne har utviklet og hva de selv legger vekt på ved utøvelse av egen ledelse. For å få innsikt i hva som skal til for å holde interessen for slik gruppeledelse ved like, har det vært lagt vekt på å få fram hva som har motivert gruppelederne til å påta seg en slik lederrolle.

I tillegg til å se på rollen har det vært et poeng å få fram informasjon om hva helseopplysnings- og arbeidsgruppene handler om. Hva har innholdet i gruppene vært og hvilke tema har vært diskutert? Dette kan bl.a bidra til å belyse om virksomheten bidrar til å tilføre ny kunnskap hva gjelder forståelse av helse og egenomsorg. Det har også vært nødvendig informasjon i forhold til å skulle vurdere dette tilbudet opp mot f.eks hva som foregår på helsestasjonene.

Lederrollen har betydning for relasjonen mellom leder og deltakere. Hvordan denne relasjonen utvikles har sammen med tema betydning for oppslutningen i helseopplysningsgruppene. Oppslutningen vil kunne si noe om hvor godt denne formen for organisering og formidling av helseinformasjon fungerer. En delproblemstilling her er hvordan gruppelederne har gått fram for å rekruttere deltakere. I denne rapporten vurderes gruppeledernes syn på relasjonen mellom dem og brukerne. Det er foreløpig ikke foretatt en selvstendig brukerundersøkelse.

5. Metode

Denne evalueringen av «naturlige hjelpere» eller gruppelederne knyttet til Primærmedisinsk verksted og Enerhaugen barnestasjon har vært lagt opp som en kvalitativ studie. Det ble valgt en kvalitativ framgangsmåte fordi det var behov for å gå i dybden og utforske problemstillingene. Så vidt vites er det gjort lite på feltet fra før både empirisk og forskningsmessig. Det er intervjuet gruppeledere og sentrale nøkkelpersoner innenfor helsetjenesten i bydelen. Antallet gruppeledere var totalt på 17 slik at det var praktisk mulig å gjennomføre en intervjuundersøkelse. Intervjuene av gruppelederne hadde form av åpne samtaler etter intervjuguide. I forhold til å få inn data var det vesentlig å bruke en slik åpen form i direkte kontakt med informantene. Erfaringsbakgrunnen var i utgangspunktet ukjent for evaluatør og kunne bare hentes fram gjennom tillitsfulle samtaler. Sett fra evaluators side var en slik framgangsmåte nødvendig for å få fram meningsfull informasjon.

Intervjuene av nøkkelaktører innen helsetjenesten i bydelen var mer strukturerte.

Det har ikke vært rom for brukerundersøkelser blant deltakerne i gruppene utover tilstedeværelse på gruppemøter og en gjennomføring av felles evaluering i en helseopplysningsgruppe. Vurderingen av relasjonen mellom gruppeleder og deltaker er derfor basert på opplysninger fra gruppeleder og evaluators observasjoner.

Evalueringen omhandler hvordan gruppelederne har fungert i 1996 og våren 1997. Noen har vært gruppeledere i hele perioden, andre bare noen få ganger.

5.1 Gjentatte samtaler med prosjektlederne ved Enerhaugen barnestasjon og Primærmedisinsk verksted

Både under forberedelsene og i gjennomføringen av evalueringen har evaluator hatt flere samtaler med de to prosjektlederne.

Prosjektleder for Primærmedisinsk verksted tok initiativet til evalueringen tidlig i 1995. Det har siden den gang vært løpende kontakt mellom prosjektleder og evaluator om problemstillinger knyttet til de tre evalueringene og prosjektets forløp. Prosjektleder har vært ansvarlig for veiledningen av gruppelederne. I denne sammenheng har han vært en viktig kilde i forhold til innholdet i veiledningen og dens betydning for kvinnes utvikling av gruppelederrollen.

Med prosjektleder for Enerhaugen barnestasjon har det vært flere samtaler, særlig knyttet til hvordan gruppene drives og hva slags tanker prosjektleder har om utviklingen av prosjektet. Da hun snakker og forstår urdu har hun også bidratt som tolk i et tilfelle.

5.2 Intervju med aktører i helsevesenet i bydelen

For å få en vurdering av hvordan helsetjenesten i bydelen vurderer tiltaket og kvinnes innsats, har helsesjefen og to avd.helsesøstre blitt intervjuet. Den tredje avd. helsesøsteren var også invitert til intervju, men hadde frafall.

5.3 Gjennomgang av skriftlig materiale om Enerhaugen barnestasjon og Primærmedisinsk verksted

Følgende dokumenter har vært gjennomgått i forbindelse med evalueringen;

- referater fra felles helseopplysningsmøter
- referater og oppmøtelister fra gruppemøter
- referater fra arbeidsgruppemøter
- referater fra veiledningsmøter
- rapporter om prosjektet
- administrative og politiske notater og vedtak knyttet til prosjektet

5.4 Deltakelse og observasjon

Evaluator var ved flere anledninger til stede på møter og arrangement ved Enerhaugen barnestasjon. Hensikten var å observere hvordan møtene foregikk, hvem som deltok, hva og hvordan tema ble formidlet, aktivitet i brukergruppen m.m. En annen hensikt var å gjøre både evaluator og evalueringen kjent for gruppeledere og brukere av stedet slik at det var kjent at virksomheten ble vurdert og slik at de forsto hvorfor evaluator var til stede..

5.5 Intervju av gruppeledere

I den studerte perioden hadde 17 personer som inngått kontrakt om gruppeledelse. 16 av disse ble forsøkt kontaktet for intervju. Den siste inngikk kontrakt på slutten av evalueringsarbeidet og ble vurdert som for fersk til å ha gjort seg relevante erfaringer. 13 av kvinnene ble intervjuet. De tre resterende ble ikke intervjuet av følgende grunner; en var under flytting og evaluator hadde bare gammel adresse, en snakket kun eget språk (somalisk) og det var vanskelig å finne en som kunne oversette og den siste sto på en vikarliste hvor han alltid måtte være tilgjengelig. Han hadde derfor praktiske problemer med å avtale intervjutid. Han var imidlertid tilstede ved siste del av intervjuet med hans kone, slik at noen av hans erfaringer har kommet med.

Åtte av kvinnene ble intervjuet av evaluator for 1 ½ år siden i forbindelse med den første evalueringen av Primærmedisinsk verksted. Evaluator opplevde at de gjentatte møtene bidro til å skape en viss fortrolighet og tillit i intervjusituasjonen. Det bidro også til å gi evaluator et mer helhetlig bilde av kvinnene.

5.6 Evaluator og endel av gruppelederne manglet felles språk

Evaluator er norsk og snakker ikke punjabi, urdu, somalisk eller iransk. De intervjuede gruppelederne hadde på sin side ulike ferdigheter i norsk. Gjennom intervjuene var det tydelig at jo bedre gruppelederne behersket norsk eller annet vestlig språk, jo bedre og mer meningsfylte ble samtalene for evaluator. Umiddelbart gjaldt det også gruppeledernes erfaring med å være gruppeleder. På den annen side fungerte det også slik at der hvor gruppeleder ikke hadde god kjennskap til norsk eller et reflektert forhold til det å være gruppeleder, ble evaluator «tvunget» til å stille flere spørsmål for å forstå innholdet i informantens budskap. Dette bidro til at informantene reflekterte over egen rolle sammen med evaluator. Det ga evaluator utfyllende innsikt i hvordan gruppelederne opplevde egen situasjon som engasjerte deltakere ved Enerhaugen barnestasjon / Primærmedisinsk verksted, og hva de opplevde som *vesentlig* i forhold til gruppeledelse.

For å kompensere mangelen på felles språk, ble i noen tilfelle to og to gruppeledere intervjuet sammen. Alle som ble intervjuet parvis hadde jobbet sammen som gruppeledere og en av dem behersket norsk. I et tilfelle ble en av kontormedarbeiderne som har pakistansk bakgrunn, men er oppvokst i Norge, brukt som tolk.

Erfaringer fra denne og den første evalueringen viste at kvinnene helst ikke ønsket å bruke tolk hvis de kunne klare seg uten. De ville være uten mellomledd og så på intervjusituasjonen som en anledning til å få prøve sine språkferdigheter og få snakke norsk med en norsk kvinne.

5.7 Samtaleintervju med gruppelederne

Samtalene med kvinnene ble gjennomført etter en intervjuguide (se vedlegg). Det interessante var at selv om temaene i intervjuguiden var forsøkt tilpasset kvinnenes situasjon, så fungerte de ikke så godt. Dette kan ha å gjøre med at evaluator tross alt var influert av vestlig tenkning knyttet til ledelse og at gruppelederne ikke var det på samme måte. Intervjuguiden var imidlertid bare ramme for samtalen i forhold til tema. Utover dette bragte kvinnene fram det de opplevde som viktig knyttet til egen rolle som gruppeleder. Samtalene hadde en varighet på mellom en og to timer og fant sted hjemme hos gruppelederne (8) eller på Enerhaugen barnestasjon (5). Intervjuene som fant sted i hjemmene bidro til at evaluator fikk treffe flere familiemedlemmer.

Hovedhensikten med evalueringen har som nevnt vært å hente fram og vurdere erfaringer fra de «naturlige hjelperne» og se på hvordan de har utviklet gruppelederrollen og i hvilken grad de bidrar til at helseinformasjon når innvanderbefolkningen i bydelen. Når det gjelder gruppelederrollen var de lite opptatt av dette. Ledelse og seg selv i denne sammenheng var det få som snakket utdypende om. Ved den åpne samtaleformen kom det imidlertid fram hva de opplevde som viktig ved tilbudet, for dem selv og for andre. For noen kom det også fram hva slags aspirasjoner de hadde for seg selv framover i forhold til sin deltakelse ved Enerhaugen barnestasjon/Primærmedisinsk verksted. Indirekte formidlet de da opplysninger om hvordan de hadde taklet og utviklet seg i rollen som gruppeledere.

I motsetning til å fokusere på seg selv som leder kom det implisitt fram at de var opptatt av rom for å bevisstgjøre seg selv i forhold til egne evner og muligheter for livsutfoldelse. Lederrollen og alt den innebar var en mulighet til dette. Det samme var veiledningen og samtaleintervjuet med evaluator. Med en utenforstående person ga intervjuet anledning til å utdype tanker og problemstillinger de var opptatt av i forhold til eget engasjement ved Enerhaugen barnestasjon/Primærmedisinsk verksted. Da de samme kvinnene ble intervjuet for 1 ½ år siden, ga et par av dem uttrykk for at de tidligere aldri hadde opplevd at noen hadde spurt *dem* om noe meningsfullt og forventet svar. Denne gangen var det en som understreket at denne type samtaler var «ordentlige» og meningsfulle. De hadde betydning for henne og det var sjelden hun hadde slike samtaler.

I evalueringsøyemed er innsamlingen av data ofte informantenes eneste møte med evalueringsprosjektet. For at et slikt prosjekt ikke bare skal «suge ut» informasjon, er det viktig at evaluator forsøker å tilrettelegge samtalene slik at de oppleves som meningsfulle for informantene. Bare da kan de være et skritt på veien i informantenes «eget prosjekt», og bare da kan en forvente at de vil delta i lignende undersøkelser. I denne evalueringen var det vesentlig å forsøke å spille opp til den metodikken som informantene kjente fra Primærmedisinsk verksted, dvs at det ble lagt vekt på at de skulle få komme fram med hva de opplevde som vesentlig.

6. Beskrivelse av gruppevirksomheten ved Primærmedisinsk verksted og Enerhaugen barnestasjon

For å belyse hva gruppeledelse går ut på i praksis, er det valgt å gi en beskrivelse av hva de forskjellige møtene og gruppene omhandlet. Både tema, arbeidsform og til dels gruppeleders rolle er beskrevet. Gruppeledernes rolle og oppgaver beskrives mer utfyllende i neste kapittel.

Primærmedisinsk verksted / Enerhaugen barnestasjon har etterhvert utviklet en nyansert gruppe- og møtestruktur for å imøtekomme brukernes ønsker. Det har utviklet seg fra generelle helseopplysningsgrupper til ulike arbeidsgrupper og norskundervisning. Møtevirksomheten retter seg både mot deltakerne i gruppene og mot gruppelederne. Som en sideeffekt av gruppevirksomheten har det vært arrangert ad hoc tiltak som f.eks feiring av Id³, avslutningsfest m.m. Slike ad hoc tiltak virket tiltrekkende for nye potensielle medlemmer og ga en mulighet for at gjester fra f.eks ansatte i bydelen kunne møte og bli kjent med kvinnene i andre roller enn som klienter.

6.1 Felles helseopplysningsmøte

Høsten 96 og våren 97 har det hver onsdag vært felles helseopplysningsmøte. Dette har vært åpent for alle og det var alltid forelesere med profesjonell bakgrunn. Dette var til erstatning for at hver gruppe kunne få foreleser, slik det var i begynnelsen da det bare var to grupper. På helseopplysningsmøtene var nesten alltid både innledning og diskusjonen på norsk. Gruppelederne var til stede og tok referater. Tema ble deretter diskutert på første møte i de enkelte helseopplysningsgruppene. Her kunne kvinnene diskutere tema videre på sitt eget språk.

Helseopplysning har vært hovedtema i det felles helseopplysningsmøte, men etterhvert har kvinnene etterlyst andre tema. Eksempler på tema som det har vært undervist i:

- Smittsomme sykdommer for kvinner og menn
- Første gangs helseundersøkelse ved «Senter for innvandreres helse»
- Hva er fibromyalgi?
- Hvorfor har kvinner bekkensmerter?
- Familier med funksjonshemmede barn
- Sorgprosesser ved sykdom / død og begravelse i Norge og i andre land
- Hygiene ved matlaging privat og i næringsvirksomhet
- Arbeidserfaringer med innvandrerungdom
- Voldsutvikling blant barn og unge
- Hva er barneombudet?
- Prosjekt om eldre innvandrere i bydel 6
- Informasjon om Delta prosjektet
- Kvinners rettigheter i Norge
- Generelle råd for reiser i tropiske land

³ Fest som markerer avslutningen på Ramadan

– Forebygging og behandling av tuberkulose
Våren 1997 ble det avholdt 14 møter med inntil 22 deltakere hver gang.

6.2 Helseopplysningsgrupper

«Hensikten med helseopplysningsgruppene har til dels vært å informere om det norske helsevesenet, - hvordan utløse den hjelpen det er behov for, hvilke forventninger kan en regne med innfris etc. - men i enda større grad har det vært å løfte fram innvandrernes egen kunnskap og mestringsstrategier når det gjelder helsespørsmål» (Aambø, 1997).

Deltakelsen i helseopplysningsgruppene er og var åpen. Terskelen for deltakelse skulle være lavest mulig. Det var ingen forpliktende deltakelse. Det betydde at deltakerne i gruppene endret seg over tid. For gruppelederne har det vært en ekstra utfordring å skulle forholde seg spontant til nye deltakere. I gruppene har det vært to kritiske perioder med utskifting av deltakere. Utskifting foregår ved oppstart, før gruppa har funnet sin form. I en del tilfelle skjer det også utskifting eller at gruppa opphører på grunn av manglende deltakelse når gruppa har holdt på en stund. Dette inntreffer når helseinformasjonstema oppleves som uttømt og deltakerne synes de har lært nok. Gruppeledere som har hatt slike grupper har tatt opp at gruppene burde være begrenset i tid, f.eks 10 ganger. Grupper som har fortsatt over lengre tid har klart å fornye innholdet samtidig som det er skapt en sosial møteplass som deltakerne er blitt «avhengig av.»

Tema i gruppene var som nevnt i hovedsak de samme tema som ble gjennomgått på de felles helseopplysningsmøtene. I tillegg var det åpent for å diskutere andre spørsmål som kvinnene var opptatt av. Disse temaene ble diskutert direkte uten forberedelse. Spørsmål knyttet til familieforhold har vært tatt opp flere ganger. Det handlet mye om hvordan en kan klare balansegangen mellom en muslimsk og en vestlig måte å leve på. I de tilfellene hvor prosjektleder har deltatt har han opplevd det som viktig å finne fram til en diskusjonsform som ikke stigmatiserer de som tar opp vanskelige spørsmål. De må ikke framstilles som hjelpetrengende, diskusjonen skulle være generell og inkludere alle i gruppa. Utover diskusjon i gruppene har imidlertid deltakerne anledning til å kontakte prosjektlederne til faste tider, uavhengig av møtene.

Helseopplysningsgruppene har som hovedregel vært drevet av to gruppeledere sammen. De har fått opplæring gjennom egen deltakelse i Primærmedisinsk verksted. I oktober 1995 startet de to første kvinnene som hadde vært med i helseopplysningsgruppe siden begynnelsen, sin egen gruppe. I desember fulgte en til og utover i 1996 ble det etterhvert startet flere helseopplysningsgrupper hvor lederne hadde minoritetsbakgrunn.

I løpet av perioden 96 - 97 var det tilsammen 17 personer som hadde fått status som gruppeledere og inngått kontrakt med Primærmedisinsk verksted/Enerhaugen barnestasjon. Kontraktene som er inngått med Enerhaugen barnestasjon har hatt en varighet på 6 ganger. Noen var gruppeleder for en kort periode, mens andre har hatt gruppelederansvar gjennom hele perioden. Noen av gruppelederne drev flere grupper over tid og samtidig. Det har vært tre internasjonale grupper, og to somaliske grupper. Resten av gruppene var pakistanske med pakistanske ledere, med unntak av den indiske prosjektmedarbeideren som hadde ansvar for to grupper. To av de pakistanske gruppene rettet seg spesielt mot yngre jenter. En annen gruppe

bestod av arbeidsledige, norsk/pakistanske menn. Denne gruppa ble ledet av en mann som var blitt rekruttert til Primærmedisinsk verksted via sin kone. Gruppas tema var en blanding av helseopplysning og planlegging av et mulig prosjekt om pakistanernes historie i Norge. Resten av de pakistanske gruppene var helseopplysningsgrupper.

I 1996 var det tilsammen 9 helseopplysningsgrupper som møttes mellom 4 og 30 ganger. Gruppene har holdt tilsammen 230 møter hvor det møtte i gjennomsnitt 6,2 personer i tillegg til lederne. Bare på 11% av disse møtene var det profesjonelle innledere (Aambø, mai 1997). Våren 1997 har fem helseopplysningsgrupper hatt møter på Enerhaugen barnestasjon. Det har vært tre pakistanske grupper, en somalisk og en nystartet internasjonal gruppe. De tre pakistanske gruppene har vært mest stabile. De har hatt tilsammen 28 møter hvor det har deltatt mellom 7 og 17 personer hver gang.

6.3 Treningsgrupper

Den første somaliske gruppa satte tidlig i gang med treningsgruppe i tilknytning til helseopplysningsgruppa. Det var ledige treningslokaler i kjelleren i Grønland 12 som de tok i bruk. Dette ble avsluttet da det fra gårdeier ble innskjerpet at treningslokalene bare var for ansatte i bygget. I juni 1997 har en nyetablert somalisk gruppe og en pakistansk gruppe startet opp med treningsgrupper igjen i lokalene til Enerhaugen barnestasjon. I den somaliske gruppa har en av gruppelederne tatt ansvar for treningen og leiet lokaler på Tøyen skole (høsten 97).

6.4 Kokekurs

Som en frukt av helseopplysningsgruppene ble det i 1995 satt i gang et kokekurs for nordmenn i pakistansk matlaging. Kurset var meget vellykket og aktiviteten vokste. Tilsammen har det vært fem kurs med varighet fra tre til seks kvelder, totalt 21 undervisningskvelder. Alle kursene ble ledet av gruppeledere. Kursene ble godt forberedt, noen ganger i form av «generalprøver» med spesielt inviterte.

Insitamentet bak ideen med kokekurs var at kvinnene hadde behov for penger til å lønne barnevakt mens de selv deltok i gruppe. Med planlegging og gjennomføring av kokekurs, som var et tilbud til bydelens innbyggere, ble det mulig å lønne kvinnene noe for deres innsats. Som en del av planleggingen av kokekurset, lærte kvinnene/gruppelederne om næringsinnholdet i maten i de oppskriftene som ble gjennomgått på kurset. Næringsinnholdet ble nedskrevet som tilleggsopplysning til hver oppskrift.

Våren 97 ønsket flere kvinner å starte nye kokekurs, men de manglet et kjøkken å undervise i. En av dem som var ansvarlig for kokekurs er våren 97 i ferd med å slutføre en kokebok med pakistanske oppskrifter som ble gjennomgått på kursene.

Som en følge av kokekursene har tre av gruppelederne ved Enerhaugen barnestasjon hatt oppdrag med å lage pakistansk mat til konferanser og andre offentlige arrangementer.

6.5 Arbeidsgrupper

Kokekursene var en forløper for det som senere er blitt kalt arbeidsgrupper. Hensikten med arbeidsgruppene var at de skulle «produsere» noe som var nyttig i arbeidet med forebyggende helseinformasjon i bydelen.

Arbeidsgruppene er lukkede grupper og både leder og deltakere får betalt for innsatsen. Lederne får kr. 300 pr. gang mens deltakerne får kr. 200 pr. gang. De som deltar må ha spesiell interesse eller kunnskap om temaet. Arbeidsgruppene skal utføre en oppgave og deretter avsluttes. Gruppene har møttes mellom 4 og 12 ganger. Når gruppene er ferdig med sitt arbeide blir det lagt vekt på markering og synliggjøring av deltakernes innsats. Gruppelederne har hatt ansvar for oppfølging og rapportering.

Turmuligheter i Oslo området

Sommeren 1996 ble det dannet en arbeidsgruppe som skulle ta for seg turmuligheter i Oslo området. Kvinnene utforsket ulike turmuligheter og lagde en brosjyre som er tilgjengelig for bydelens innbyggere. I brosjyren står det praktiske opplysninger om beliggenhet og kollektiv transport, hva slags fasiliteter som finnes på hvert sted og hva som er passende antrekk. Alle som er intervjuet og som deltok i arbeidsgruppa opplevde seg som leder. Dette er et tegn på flat struktur og at alle opplevde ansvar i forhold til å gjennomføre oppgaven.

Babymassasje

Ut på høsten ble det dannet en arbeidsgruppe om babymassasje. Gruppeleders første oppgave var å plukke ut hvem som skulle få delta, da det var svært mange som var interessert. Gruppa hadde deltakere med pakistansk og somalisk bakgrunn i tillegg til en fysioterapeut. De fortalte hvordan de brukte babymassasje og i forhold til hva. De viste hverandre på dukker hva de gjorde. En interessant forskjell kom fram mellom pakistansk og somalisk massasjetradisjon. Somalierne masserer for generelt velvære og for å forebygge generelt. Kvinnene med pakistansk bakgrunn masserer bevisst for å helbrede bestemte plager. Lederen kunne fortelle at hun selv aldri behøvde å oppsøke lege med sitt barn utover de faste kontrollene. Hun mente selv at massasjen hadde mye av ansvaret for dette. Arbeidsgruppa avsluttes våren 97. Gruppeleder utarbeidet rapport.

Bekkensmerter i et immigrasjonsperspektiv

To fysioterapeuter fra Kompetansesenteret i fysioterapi tok kontakt med Enerhaugen barnestasjon for å starte gruppe om bekkensmerter i et immigrasjonsperspektiv. Kompetansesenteret har et forskningsprosjekt hvor problemstillingen er om svangerskapsrelaterte rygg/bekkensmerter er en kulturelt lært tilstand. (Prosjektbeskrivelse)

Arbeidsgruppen er en måte for kompetansesenteret å skaffe seg informasjon på. Fysioterapeutene fungerte som gruppeledere. Syv kvinner og mødre deltar i gruppa. De har født barn i henholdsvis Pakistan og Norge. Det hevdes at svangerskapsrelaterte rygg/bekkensmerter ikke finnes i Pakistan, men at kvinnene får det når de kommer til Norge. Kvinnene hevdet at fraværet av slike smerter hang sammen med en spesiell massasje og behandlingsform som gis gravide og kvinner som har født de første 40 dagene etter fødselen. De fortalte at i Pakistan får mor og barn blant annet en helt annen omsorg og pleie rundt svangerskap og fødsel enn de får her. De får også en annen mat. Senere observerte og diskuterte gruppa hvordan norske og pakistanske beveger seg generelt, forholdet mellom

omsorg og arbeid i de to landene og bruk av lokal dai (jordmor) i forbindelse med graviditet. Arbeidsgruppa ble avsluttet i juni 97 med en markering for deltakere og gjester i Delta⁴. Det ble vist video fra feltobservasjon i Pakistan, det ble servert mat fra Pakistan og deltakerne fikk kursbevis.

6.6 Lederutvikling med språktrening

I mai / juni 97 startet Enerhaugen barnestasjon med norskundervisning for gruppelederne og noen andre som hadde minst 500 timer tidligere undervisning. Ønsket om å kunne kommunisere på norsk er fremtredende for alle gruppelederne. De har uttrykt behov for opplæring og for norske å snakke med. Opplæring uten praktisering forsinker læreprosessen. Betydningen av praktisering har blant annet ført til at det blir etterlyst norske deltakere på Enerhaugen barnestasjon. For å gjøre norskundervisningen relevant, ble den koplet til tema som det snakkes om i de andre gruppene på Enerhaugen barnestasjon.

Det er søkt om midler til videre drift av dette tiltaket.

6.7 Ad hoc arrangementer

De som bruker Primærmedisinsk verksted og Enerhaugen barnestasjon tar innimellom initiativ til ekstra arrangementer. Dette dreier seg i særlig grad om sosiale arrangementer, hvor det f.eks er ønske om å feire noe. Våren 97 tok kvinnene med pakistansk bakgrunn initiativ til Id fest etter ramadan. Somaliske kvinner tok initiativ til en fest for bare kvinner som oppstart på og mobilisering til en ny helseopplysningsgruppe. Det kom rundt 30 personer. På festen orienterte gruppelederne om Enerhaugen barnestasjon og om situasjonen i hjemlandet. En kjent skuespiller /sangerinne fra Somalia deltok sammen med en luttspiller. De andre danset og sang. Noen av helseopplysningsgruppene arrangerte egne avslutninger før sommeren og hele Enerhaugen barnestasjon hadde felles avslutningsfest midt i juni. 50 - 60 personer deltok, der i blant innledere fra de felles helseopplysningsgruppene og administrasjonssjefen med flere fra sin stab. Administrasjonssjefen delte ut kursbevis til gruppelederne. Ellers var det matservering, trommespill og dans. Gjestene danset sammen med kvinnene fra barnestasjonen. Disse arrangementene viser hvilken betydning sosialt samvær har for å bygge opp prosjekter som dette. Det gir anledning til å hente ut hver enkelts «glade side» og det bidrar til å skape kontakt og nettverk mellom brukerne av prosjektet og andre. Det setter også kvinnene i en hovedrolle med fokus på positive sider ved dem selv og deres kultur, enten de har fest for seg eller inviterer norske deltakere.

6.8 Veiledningsmøter

Da det ble mange grupper og gruppeledere, ble det nødvendig å organisere veiledningen. Som en del av kontrakten, fikk gruppelederne tilbud om felles veiledningsmøter med prosjektleder for Primærmedisinsk verksted. Det ble holdt ni veiledningsmøter i 1996 og ut juni 1997. Her

⁴ Delta; annet prosjekt i bydelen som skal fungere som et lokalt informasjonssenter i forhold til minoritetsbefolkningen. Delta holder til Grønland 12 hvor Primærmedisinsk verksted hadde lokaler tidligere.

ble det tatt opp vanskelige spørsmål som kom opp i gruppene i forhold til å drive grupper og i forhold til ledelse.

Innholdet i veiledningen har endret seg i takt med ledernes utvikling. Fast tema er hvordan det går i gruppene. Ved behov har det blitt tatt opp praktiske ting som for eksempel betaling, kontrakter for gruppelederne, medlemskort for brukerne av prosjektet, møtetidspunkter og barnepassordning.

Fra gruppelederne har det kommet fram at i tillegg til det praktiske var det viktig for å diskutere problemer og utfordringer de møter som gruppeledere. Tema som har vært diskutert er hva som gjør en god gruppeleder, hva de selv liker ved å være gruppeleder og hva de liker ved sin gruppe samt lederprofilering. De har diskutert metoder for å drive gruppene, f.eks hvordan de kan finne ut hva kvinnene er interessert i og hvordan gruppeleder kan styre diskusjonen slik at flest mulig får si noe og slik at deltakerne holder seg til tema. Etterhvert møtte noen av gruppelederne skepsis til dem som ledere og hvordan de drev gruppene. Dette handlet dels om at gruppeleder kan ha liten formell utdanning. I veiledningsmøter diskuterte gruppelederne hvordan de kunne forholde seg til slike kommentarer med verdighet og uten å bli såret. Sammen med veileder diskuterte de hvordan de kunne forholde seg til at deltakere i gruppene startet nye grupper. Dette ble oppfattet som truende av de eksisterende gruppelederne da det skjedde første gang. Etter diskusjoner gruppelederne i mellom tolkes det nå mer i retning av at de hadde lykket med sin måte å drive gruppene på og at metoden deres traff deltakerne. Deltakerne ble inspirert til å involvere seg mer og ta ansvar for egne grupper. Dette er i samsvar med intensjonen bak Primærmedisinsk verksted og tanken om naturlige hjelpere. Prosjektledelsen forventet at deltakere i grupper som hadde fått opplæring, skulle starte nye grupper hvor de formidlet hva de selv hadde lært videre. Gruppene skulle spre seg slik at flere og flere innbyggere i bydelen som hadde behov for helseinformasjon kunne delta.

I de siste veiledningsmøtene har det skjedd en endring i veiledningsmåten. Med bakgrunn i at en av gruppelederne ønsket å slutte i veiledningsgruppa, kom det fram synspunkter på hva som kunne gjøres for å vitalisere veiledningsmøtene. De valgte å prøve å fortelle «terapeutiske historier» som har relevans til gruppearbeidet. Kvinnene fortalte at å fortelle historier til fortolkning er en vanlig form for å lære å forstå i Pakistan. Ved å ta i bruk historier prøves det ut en alternativ form for veiledning samtidig som kvinnene får hentet fram deler av sin skjulte kunnskap som vanligvis ikke etterspørres i Norge. Dette er viktig i den forstand at de får oppleve at noe av det de kan, selv om de har liten skolegang, er ettertraktet av norske fagfolk (prosjektleder / lege). Erfaringskunnskapen deres blir oppgradert. På sikt kan det åpne for at kvinnene kommer fram med mer skjult kunnskap som kan være nyttig i gruppe- og veiledningsarbeidet.

På lignende måte som historier kan belyse ledelse og gruppearbeidet, brukes veiledningen til opplæring i assosiasjoner i forhold til hukommelse og læring. Kvinnene ga tydelig uttrykk for at de ønsket å lære mer og at de var interessert i å lære om vilkår for egen læring. Dette var et uttrykk for at kvinnene var involvert og motivert for å utvikle seg som gruppeledere. Veiledningen ble etterhvert mer og mer involverende i kvinnenes utvikling. Veiledningen handlet om saker som angikk kvinnene personlig uten at det ble privat. Gruppelederne ga tidlig uttrykk for at tilbakemelding fra prosjektleder var viktig. Gjennom en slik veiledningsmåte fikk de nettopp det, samtidig som de fikk et mildt men kritisk blikk på egen

rolle som leder og på betydningen av egen innsats for å bedre helsesituasjonen i bydelen. På denne måten ble de styrket i at de var verdt noe i egne og andres øyne.

Veileder/prosjektleder for Primærmedisinsk verksted og prosjektleder for Enerhaugen barnestasjon hadde faste samarbeidsmøter i forkant og etterkant av veiledningsmøtene. Det bidro til at veileder kunne bringe inn tema i veiledningen som prosjektleder for Enerhaugen barnestasjon opplevde som viktig og forslag fra veiledningsmøtene kunne koples til praksis.

7. Brukere av Primærmedisinsk verksted og Enerhaugen barnestasjon

I 1996 ble det laget en oversikt over alle kvinnene som brukte Primærmedisinsk verksted / Enerhaugen barnestasjon. Alle fikk tilbud om å bli medlem mot en kontingent på kr. 50. 76 kvinner betalte medlemsavgift. Flere har deltatt i grupper, blant annet 14 menn med pakistansk bakgrunn. Medlemskap var ingen nødvendighet for å kunne delta i grupper, men en måte for prosjekt å holde oversikt over hvor mange som var aktive brukere. Ved å tegne medlemmer fikk prosjektet adresser og telefon nummer slik at brukerne kunne kontaktes ved behov og få nyttig informasjon. Det var antakelig flere av de litt perifere brukerne som ikke betalte, blant annet på grunn av beløpet.

Våren 1997, da prosjektet flyttet til nye lokaler på Tøyen, la prosjektleder for Enerhaugen barnestasjon vekt på trivsel og trygge omgivelser og å restabilisere kontakt framfor å kreve inn kontingenter. Hun hevdet at det kom mange nye brukere, men at disse ikke ble krevd for kontingenter før etter en stund.

De aller fleste brukerne av Primærmedisinsk verksted / Enerhaugen barnestasjon er første generasjons innvandrere eller flyktninger. I jentegruppene har det imidlertid vært en blanding av jenter som er født og oppvokst i Norge og jenter som har flyttet hit. Noen hadde bare vært her i få år. Alle jentene med pakistansk bakgrunn snakket imidlertid urdu, som var fellesspråket i gruppene.

Mødre i andre kvinnegrupper har overfor prosjektleder sterkt gitt uttrykt for at de ønsker oppstart av flere jentegrupper for deres døtre. Aktuelle aktiviteter er svømming, søm, kokekurs o.l.

Det som kjennetegnet deltakerne var at langt de fleste hadde pakistansk bakgrunn og at nesten alle sammen var uten lønnsarbeid og hadde dårlig økonomi. Mannegruppen bestod av arbeidsledige menn, og de fleste var gift med kvinner som gikk i helseopplysningsgrupper. I gruppene kom det fram at de fleste kvinnene gjerne ville ha lønnsarbeid, men hadde problemer med å komme inn på arbeidsmarkedet.

Det er ukjent hvor mange av deltakerne som ikke kan lese og skrive, men gruppelederne har gitt inntrykk av at det er mange. Fra prosjektets side var det ikke et poeng å kartlegge hvem av brukerne som ikke kunne lese og skrive. Prosjektlederne var mer opptatt av å få fram hva deltakerne *kunne* og bygge på dette for videre motivasjon for deltakelse og engasjement.

Et annet kjennetegn ved deltakerne var at de fleste både hadde fysiske helseproblemer selv eller i nær familie og at de opplevde det å leve i Norge som komplisert, sammensatt, ukjent og til dels uforståelig. Med uforståelig menes at de p.g.a liten kontakt med det nærliggende norske samfunnet ikke kan følge tilstrekkelig med i hva som foregår rundt dem, og dermed heller ikke reagere hensiktsmessig i forhold til eget og familiens beste.

Et tredje kjennetegn ved deltakerne var at de alle valgte selv å delta i prosjektet. De var ikke rekruttert gjennom helsestasjonene. For flere var det en enestående anledning til å kunne velge å delta på noe i lag med andre i tillegg til hjem og familie. Motivasjonen var forskjellig. Det handlet blant annet om behov for komme ut, behov for å treffe og bli kjent med andre eller lære noe nytt som er nyttig for dem i hverdagslivet. Det handlet også om et ønske om å komme mer i kontakt med det norske samfunnet og at det for dem finnes få eller ingen kjente og akseptable arenaer hvor dette er mulig.

Ønske om jobb er utbredt blant både gruppeledere og deltakere. Gruppededelse har fungert som en innfallsport til å delta i arbeidsmarkedet. De som har fått jobb slutter. Dette er et dilemma for virksomheten. De som har opparbeidet seg kompetanse og blir attraktive på arbeidsmarkedet forsvinner. For Enerhaugen barnestasjon betyr det at det må være en løpende opplæring av gruppeledere for at nye skal kunne overta. Eller, det kan innebære at Enerhaugen barnestasjon må arbeide for å kunne ansette flere av gruppelederne slik at den opparbeidede kompetansen kan bli tatt vare på og videreutviklet i prosjektet. Prosjektleder for Enerhaugen barnestasjon har understreket at det framover må satses spesielt på utvikling av gruppeledere, da hun betrakter dem som «bærebjelker i prosjektet».

7.1 Hvem motiveres ikke av tilbudet ved Enerhaugen barnestasjon

Det er ikke gjort noen brukerundersøkelse av tilbudet og det er ukjent hvor mange innbyggere i bydelen som kan være potensielle brukere. Det også ukjent hvor kjent tilbudet er ute blant folk som ikke selv kjenner noen som bruker eller har brukt stedet. Deltakere i en gruppe opplyste imidlertid at andre de har snakket med og som er uten utdanning, antar at de ikke får noe ut av tilbudet. Dette er et signal om at ryktene om Primærmedisinsk verksted / Enerhaugen barnestasjon sier at du må kunne noe fra før for å kunne få glede av å delta i verkstedet. Erfaringene har imidlertid vist at nytten varierer med motivasjon. Gruppelederne har meldt at flere i deres grupper er funksjonelle analfabeter. En av gruppelederne som har vært med hele tiden er selv analfabet og snakker lite norsk. Allikevel har hun fungert som gruppeleder i en gruppe som i 1996 hadde 30 møter.

8. Beskrivelse av gruppelederne og deres oppgaver

For å få et innblikk i hva gruppededelse ved Primærmedisinsk verksted og Enerhaugen barnestasjon har bestått i, har det vært nødvendig med en forholdsvis nøye kartlegging og beskrivelse av hva de har gjort. Gjennom beskrivelsen har det kommet fram tanker om hvorfor de utøvet ledelse slik de gjorde og hva de opplevde som vesentlig.

8.1 Rekruttering av gruppelederne

Intensjonen til prosjektleder for Primærmedisinsk verksted var at flest mulig av dem som deltok i de første helseopplysningsgruppene skulle utvikle seg til «naturlige hjelpere» og drive grupper. Denne intensjonen ble formidlet på en slik måte at alle kvinnene i den pakistanske gruppa, bortsett fra en som fikk jobb, ble motivert og tok initiativ til å opprette grupper etter ca. et år (Søholt, 1996). Også et par av kvinnene fra den internasjonale gruppa ble gruppeledere. Det var liten diskusjon om hvem som egnet seg. Det ble antatt at de som selv ville prøve og som klarte å skaffe deltakere til egen gruppe var egnet. Utgangspunktet var likevel sårbart, da det var usikkert om alle passet og klarte oppgaven som gruppeleder. Det ble imidlertid tatt høyde for sårbarheten ved at hver gruppe hadde to gruppeledere som arbeidet sammen.

De syv gruppelederne som har kommet til etterhvert har blitt rekruttert på litt ulikt vis. Lederen for mannegruppa ble rekruttert av sin kone da han selv ble arbeidsledig. Han hadde ikke selv deltatt i gruppe, men hans kone hadde gjennom halvannet år fortalt om alt hun lærte og diskutert metodene til prosjektleder med ham. Han var derfor kjent med arbeidsmåten i Primærmedisinsk verksted. Han deltok etterhvert også noe i gruppevirksomhet i Delta-prosjektet⁵ og på arrangementer i Primærmedisinsk verksted.

Alle de seks andre har selv deltatt i helseopplysningsgruppe, men ikke over så lang tid som det første kullet med gruppeledere. Tre ble gruppeledere fordi de tidlig ga uttrykk for at de var motivert samtidig som det kom fram at de hadde kompetanse og nødvendig erfaring for å kunne fungere som gruppeleder. Til jentegruppa ble det rekruttert en jente på 18 år til å være gruppeleder sammen med en av de erfarne. Hun hadde vært drøye to år i Norge. Hun hadde et stort nettverk av jenter i samme situasjon, og visste hva unge jenter med pakistansk bakgrunn var opptatt av når de bodde i Norge. Samtidig var hun opptatt av egen utvikling og forsøkte å bruke tiden sin på å kvalifisere seg til videre utdanning og / eller arbeidslivet. Å være gruppeleder inngikk i denne planen. Hun hjalp også til som Koranlærer i moskeen. En annen var lærer fra Iran med stor virketrang. Som alternativ til vanlig jobb signaliserte hun tidlig at hun ønsket mest mulig ansvar og helst jobb i Primærmedisinsk verksted. En tredje var motivert ut fra et ønske om å komme ut av isolasjonen i hjemmet og få jobb. Hun hadde tidligere hatt Kaja-stilling ved Enerhaugen barnestasjon og så på gruppeledelse som en kvalifisering til arbeidslivet. En var engasjert i Primærmedisinsk verksted som kontormedarbeider og påtok seg gruppeledelse ved Enerhaugen barnestasjon etter arbeidstid. To somaliske kvinner som selv var deltakere i helseopplysningsgruppe ble bedt om å overta gruppeledelsen etter andre som av ulike grunner måtte slutte.

Inntrykket fra møtet med gruppelederne var at selv om de hadde spesielle kvalifikasjoner til å påta seg oppgaven som leder, var det nødvendig med opplæringstid for at de skulle tilegne seg og kunne anvende de pedagogiske metodene som prosjektet benyttet. Erfaringene så langt har vist at det første kullet med gruppeledere har vært de mest stabile. Det hang antakelig både sammen med opplæring og tilhørighet til prosjektet. Som første gruppe fikk de både som

⁵ Se fotnote 2.

gruppe og enkeltpersoner ekstra oppmerksomhet, noe som førte til tette relasjoner dem i mellom og mellom gruppelederne og prosjektleder / veileder.

Alle gruppelederne inngikk formell, tidsbegrenset kontrakt. Kontrakten hadde bestemmelser om avlønning og antall gruppemøter som skulle gjennomføres. I 1996 og 1997 var lønna kr.300 for hvert gjennomførte møte, inkludert forberedelser. Beløpet dekket feriepenger. I kontrakten ble det forutsatt at gruppelederne skulle delta i organisert veiledning med prosjektleder. Inntil februar 1997 ble dette avlønt med kr. 200 pr. gang. Ordningen ble avvirket p.g.a pengemangel.

Prosjektleder for Enerhaugen barnestasjon opplevde at gruppelederne følte at de hadde gjort seg fortjent til lønna de fikk. Gruppelederne var opptatt av dette og passet godt på at lønna kom når den skulle. For dem var lønna viktig som bevis for utført arbeid. Dette ga dem status i familien samtidig som det ga dem noe økonomisk råderett.

8.2 Hvem er gruppelederne?

I perioden 96 -97 hadde 17 personer inngått kontrakt som gruppeleder. Gruppelederne hadde forskjellig bakgrunn, men de fleste var fra Pakistan. Alle bortsett fra en var første generasjons innvandrere / flyktninger. Gruppeledernes alder varierte mellom 18 og 46 år.

Gruppeledernes kjønn og nasjonale bakgrunn:

Kjønn	Pakistansk bakgrunn	Somalisk bakgrunn	Iransk bakgrunn
Kvinne	12	3	1
Mann	1		

De fleste deltakerne hadde samme bakgrunn som gruppelederne. Andre hadde imidlertid også vært inno. Et par norske og kvinner med bakgrunn fra Marokko, Tyrkia, Eritrea, Etiopia, og fra Sri Lanka var inno og sluttet igjen. Enerhaugen barnestasjon har hele tiden vært dominert av kvinner med pakistansk bakgrunn. Også i den internasjonale gruppa som ble forsøkt dradd i gang våren 97, hadde deltakerne som møtte opp pakistansk bakgrunn. I tillegg møttes en somalisk gruppe en ettermiddag i uka. Møtetidspunktene for gruppene var våren 97 slik at kvinner med ulik etnisk bakgrunn ikke møttes. Dette hadde sine naturlige forklaringer, men var uheldig for barnestasjonen i forhold til å utvikle flerkulturalitet.

8.3 Gruppeledernes kompetanse

Kompetanse kan forstås på flere måter. Det handler om formell utdanning, erfarings- og livskunnskap og kunnskap om kultur og spesielle tradisjoner. Som gruppeledere hadde de behov for alle disse typene med kunnskap.

Formell utdanning

Alle som ble intervjuet, bortsett fra to hadde mellom 10 og 13 ½ års skolegang. En var uten skolegang og en hadde universitetsutdanning. Bortsett fra en hadde alle hovedutdannelsen sin fra opprinnelig hjemland. I Norge hadde flere gått /går på norskundervisning. Det viktige med formell utdanning i denne sammenhengen var at det kunne hjelpe gruppelederne til å lære å

tilegne seg ny kunnskap. Det ville de ha behov for når de skulle ta til seg nye helsefaglige tema og omsette det i en ramme som passet deres hverdagsliv.

Som en del av den helsefaglige opplæringen i helseopplysningsgruppene ble det delt ut notater og hefter om de vanligste sykdomsplagene. Noen av heftene, som f.eks et om diabetes var oversatt til urdu. Slike notater ble opplevd som nyttige tillegg til den muntlige informasjonen.

Erfarings- og livskunnskap

I tillegg til formell utdanning hadde kvinnene viktig erfarings- og livskunnskap som kom til nytte i arbeidet. Fra hjemlandene hadde de med seg medisinsk erfaringskunnskap om hvordan man kan forholde seg til sykdomsplager. Denne kunnskapen ble hentet fram og kom til nytte i arbeidsgruppene. I tillegg hadde de livskunnskap om hvordan man kunne forholde seg til vanskelige situasjoner på en konstruktiv måte. For eksempel hadde en som har vist seg dyktig som konfliktløser, forklart at hun hadde vært nødt til å lære seg slike strategier som barn. Hun vokste opp i en storfamilie og bodde sammen med besteforeldre, onkler og tanter, fetter og kusiner og var selv yngst i søskenflokket. Det krevde diplomati å overleve i et slikt familiesamfunn hvor det var regler for hvem som kunne omgås hvem, oppgavefordeling, tildeling av goder m.m.

Kunnskap om kultur og tradisjoner

En del av kvinnene var oppvokst i bondesamfunn, andre kom fra storbyer. Felles for dem var at de var oppvokst i muslimske samfunn og følte på kroppen hva dette betydde av implikasjoner for deres tilværelse i Norge. Noen av informantene var opptatt av å fremheve at det var viktig at gruppeleder kom fra samme kultur som deltakerne for å kunne forstå og ikke krenke dem.

For at kultur skal ha verdi som kunnskap er det nødvendig å definere hva som legges i det og som gjør det verdifullt. Her har vi valgt å bruke definisjonen til antropologen Edward Taylor (1871) i Kulturforskjeller i praksis (Hylland Eriksen, Arntsen Sørheim, 1994): *«Kultur er den komplekse helhet som består av kunnskaper, trosformer, kunst, moral, jus og skikker, foruten alle de øvrige ferdigheter og vaner et menneske har tilegnet seg som medlem av et samfunn.»*

Erfarings- og livskunnskap og kulturkunnskap knyttet til minoritetsgruppers opprinnelsesland og til minoritetspersoners livsvilkår i Norge, er kompetanse som helsearbeidere normalt ikke innehar. Når gruppelederne hadde samme bakgrunn som minoritetsgrupper i bydelen, betydde det at de kunne tilby en supplerende kunnskap i det helseforebyggende arbeidet.

Også prosjektleder for Enerhaugen barnestasjon innehadde slik kompetanse. Hennes tokulturelle bakgrunn (indisk/norsk) og kjennskap til urdu og pakistansk kultur har vært et viktig utgangspunkt for å skape gode relasjoner med gruppelederne og bringe forståelsen for slik kulturkunnskap videre inn i tjenesteapparatet.

8.4 Forventninger til gruppelederne

Prosjektleders intensjoner og tanker med utvikling av «naturlige hjelpere» / gruppeledere kan oppsummeres i en forventning om hva deres oppgave skulle være.

Som gruppeledere var det forventet at de:

- selv rekrutterte deltakere til egen gruppe (hvis de ikke overtok for andre)
- informerte og forklarte nye deltakere om hva helseopplysningsgrupper handlet om
- gjennomførte møter på bakgrunn av hva deltakerne var interessert i
- hadde eller skaffet seg nødvendig kunnskap for å kunne gjennomføre temadiskusjoner
- registrerte hvem som deltok hver gang
- skrev referater fra møtene
- tok ansvar for tesserering, rydding av rom o.l
- tok initiativ til å inngå kontrakt og fylle ut honorarskjema

Helseopplysningsgruppene blir selvhjelpsgrupper

Hvordan gruppelederne skulle utvikle egen lederrolle var åpent. Primærmedisinsk verksteds prosjektleder betraktet dem på et vis som ledere av selvhjelpsgrupper, noe som påvirket veiledningen av gruppelederne (Aambø, 1997). Ledere av selvhjelpsgrupper kjennetegnes av å være i samme situasjon som de andre deltakerne og at de er ikke profesjonelle. Rollen som leder av en selvhjelpsgruppe handler ikke om å profilere seg som leder, men snarere om å være en katalysator for de andre. Prosjektleder baserte seg på følgende definisjon av selvhjelpsgrupper (Spitz og Rosecan, 1987):

«En selvhjelpsgruppe søker å bringe evt. personlige problemer opp på et mer allment nivå. Gjennom gjensidig bekreftelse og umiddelbar positiv feedback utvikles empati, gjensidig læring, respekt for regler og etterhvert en atmosfære som gjør deltakerne i stand til å dele sine følelser. Det er fokus på likheter mellom grupped medlemmene og en søker å utvikle felles målsettinger. Videre fokuseres det på hva som kan gjøres i en bestemt situasjon, fremfor å hengi seg til fortolkninger. Gruppedeltakerne oppmuntres til å delta i diskusjoner, men det er akseptert at en ikke deltar.»

Koplingen til selvhjelpsgrupper er interessant. I de etnisk like gruppene opplevde gruppeledere og gruppedeltakere et slags fellesskap i forhold til bakgrunn, selv om det kunne være store forskjeller dem i mellom. De var like med hensyn på kjønn og de befant seg i omtrent samme rolle som mor og hustru. Innholdet i gruppene ble knyttet til generell helseinformasjon og ikke til en spesiell diagnose som alle deltakerne hadde og som de gjennom deltakelse i gruppa så muligheter til å gjøre noe med. Gruppene kan betraktes som selvhjelpsgrupper i et vidt perspektiv. Det handlet om at deltakerne skulle hjelpe seg selv til å forbedre egen helse og til å leve et bedre liv i Norge. Dette ble gjort ved at kvinnene delte sine erfaringer og diskuterte seg fram til mulige løsninger, noe som kunne bidra til å endre livsretning. Det de hadde felles og det de trakk fram i gruppene hørte på mange måter fortiden til. Det handlet mye om det som var og som flere ofte lengtet tilbake til. Gjennom samtalene i gruppa ble det forsøkt å tydeliggjøre dette og se det i sammenheng med hvordan de kunne få det. Dette var gruppeledernes overordnede oppgave, å legge til rette for *gode samtaler* knyttet til helse-, psykososiale og samfunnsmessige spørsmål som kvinnene var opptatt av og som hadde betydning for deres psykiske og fysiske helse.

8.5 Hva gjør gruppelederne?

For å vurdere hvordan disse gruppelederne har utviklet sin rolle er det viktig å se på hva de gjorde som gruppeledere og hva de tenkte rundt sin rolle. I denne sammenhengen er det viktig å ha i mente at alle sammen er gruppeledere på deltid. De fleste var gruppeledere har hatt en gruppe i uka, to timer en formiddag. Noen få har hatt ansvar for flere grupper samtidig og noen var også ledere i arbeidsgrupper. Fire av kvinnene, en fra Somalia og tre med pakistansk bakgrunn hadde KAJA- eller praksisplass på Enerhaugen barnestasjon samtidig som de var gruppeledere. Dette ga dem et fortrinn i forhold til å få informasjon og kontakter og ha tid til å forberede møtene.

Arbeidsoppgavene kan deles inn i fire faser knyttet til gruppene:

- rekruttering
- forberedelser
- gjennomføring av møtene
- etterarbeid

Rekruttering av deltakere til gruppene

Det ble ikke formulert målsettinger om at spesielle målgrupper skulle rekrutteres til gruppene, utover at de hadde behov for helseinformasjon. Gruppelederne som hadde ansvar for å rekruttere medlemmer til egen gruppe, kunne derfor rekruttere medlemmer der det var mulig. Dette gjorde de på forskjellige måter. De pakistanske kvinnene og jentene har i første rekke brukt sitt nettverk av venner og kjente. De ringte, snakket med naboer, med venninner og med kvinner i moskeen. En oversatte en brosjyre om Primærmedisinsk verksted og Enerhaugen barnestasjon og fikk den delt ut til venner og kjente som igjen formidlet den videre. Noen så også an kvinner på gata og stoppet dem som de syntes så ut til å kunne ha nytte av tilbudet.

Den somaliske gruppa gjorde det annerledes da de skulle starte opp igjen etter avbrekk våren 97. De inviterte til stor fest for 30 kvinner hvor de bl.a informerte om situasjonen i hjemlandet, Enerhaugen barnestasjon og hva de kunne bruke stedet og gruppa til.

De som hadde mange bekjente opplevde det ikke som vanskelig å skaffe medlemmer. De andre måtte slite litt mer. For gruppelederen som ikke hadde nettverk og som kom fra en nasjonalitetsgruppe med splittet miljø, var det vanskelig å skaffe deltakere og gruppa ble liten.

Et problem noen møtte var at en del kvinner ga uttrykk for at de ikke hadde behov for helseinformasjon. De kunne alt de trengte. En av gruppelederne som var svært usikker på at dette stemte, og som visste at de blant annet ikke kunne norsk, forsøkte da å argumentere ut fra hva hun selv hadde erfart. Hun var opptatt av bieffekten som hun hadde fått i tillegg til helseinformasjon. Det handlet om at *«det å snakke om viktige ting ga begreper og hjelp meg til å forstå»*.

Gruppelederne som rekrutterte kvinner selv viste allerede i denne fasen at de hadde lederkvaliteter ved at de fikk andre kvinner med seg. Noen av gruppelederne overtok grupper etter andre som hadde sluttet. Disse opplevde at det var vanskelig å overta etablerte grupper. Etablerte relasjoner mellom tidligere leder og deltakere ble brutt og måtte bygges opp på nytt. Den nye lederen opplevde å bli møtt med forventninger om å gjøre det som den forrige hadde

gjort bra, samt å gjøre bra det som den forrige evt. ikke hadde lykkes så bra med. Dette kunne både lykkes og mislykkes.

Forberedelser

Forberedelsene til gruppemøtene var av praktisk og faglig karakter. Det praktiske handlet om å kjøpe inn te og kjeks og rydde fram stoler i møterommet. Dette fordelte kvinnene stort sett seg i mellom. I de tilfelle det var kompetanseforskjell mellom kvinnene, var det imidlertid ofte slik at det var den mest passive som gjorde dette. Det dreide seg også om å kontakte kvinnene med informasjon, ringe de som var syke og minne de som ikke kom på siste møte på neste anledning.

Faglig forberedelse foregikk i hovedsak i det felles helseopplysningsmøte som har vært en gang i uka. Her fulgte de fleste gruppelederne med og tok egne notater. Noen syntes dette var tilstrekkelig, mens andre diskuterte seg i mellom hva det handlet om før de hadde egen helseopplysningsgruppe. To stykker sa de *gjensnakk*et innlegget for å forstå hva det egentlig handlet om. De var opptatt av å være godt faglig forberedt og samsnakk^{et} for å unngå å bli uenige på møtet. Den ene var svært opptatt av dette, fordi *«aldri har noen samme tanke i hodet samtidig»*. To andre forklarte samsnakkingen med at de utfylte hverandre. De oppfattet forskjellige ting når de hørte faglige innlegg og kunne sette dette sammen i etterkant.

I tillegg til det felles helseopplysningsmøtet var det noen som abonnerte på urduspråklige helsetidskrift og fulgte med på helseprogram på TV. Ved vanskelige tema samlet de annet materiale, de leste og de spurte prosjektleder som var lege. Å forberede seg godt hadde de lært av prosjektleder. Han kunne si, *« i dag har jeg lest noe som jeg vil lære dere...»*. Ettersom deltakerne i gruppene lærte mer ble de også mer krevende. De fleste gruppelederne følte de hadde en vanskelig oppgave hvis de ikke lå litt foran de andre.

Hva de skulle snakke om i gruppene ble til dels bestemt av tema på det felles helseopplysnings møte og dels av hva kvinnene selv ønsket å snakke om. Noen av gruppelederne lagde plan for møtene på bakgrunn av dette. Bare i en gruppe ble planen delt ut til medlemmene. Andre avsluttet hvert møte med å avklare hva de skulle ta opp neste gang. De brukte også mer uformelle metoder som å fortelle tema for neste møte når de møtte dem på gata. Det var samtidig en anledning til å holde relasjonen til deltakerne vedlike og oppfordre dem til å komme.

De som ikke kunne delta på helseopplysningsmøter på dagtid var i en annen situasjon. De fikk ikke faglig påfyll og hadde ikke anledning til å få eksterne innledere i egen gruppe. En hadde heller ikke tid til andre forberedelser. Det opplevde hun som vanskelig. De andre ville lære, men hun hadde ingenting å lære bort. *«Når jeg ikke har noe å fortelle dem føler jeg meg dårlig. De venter på meg, hva skal jeg lære dem? Jeg sier ingenting og det blir vanskelig.»* Hun kunne organisere diskusjoner, lage mat og gjøre det hyggelig, men deltakerne ville ha noe mer. På bakgrunn av dette trakk hun seg og en annen overtok.

Kurs i selvtillit

I tillegg til direkte forberedelser til hvert enkelt møte, gikk fire av gruppelederne på kurs i selvtillit sammen med andre ansatte innen helse- og sosialtjenesten i bydelen. Disse fire hadde alle tilknytning til Primærmedisinsk verksted og Enerhaugen barnestasjon enten som

kontorfullmektig, prosjektassistent eller KAJA-plass. Deltakelsen var et uttrykk for at de hadde interesse av å lære mer i forhold til å takle oppgaver som inngikk i gruppeledelse.

Gjennomføring av møtene

Tema på gruppemøtene var helseopplysning eller et annet tema som kvinnene ønsket å snakke om. I det siste handlet dette om familiære, sosiale eller samfunnsmessige problem som kvinnene møtte i sin hverdag. Ofte delte de møtet i to, med en del på helseopplysning og en del på andre spørsmål kvinnene var interessert i.

Alle gruppelederne har gått i gruppe med prosjektleder og har internalisert noen felles arbeidsmåter. Alle startet møtene mykt ved å spørre hvordan deltakerne hadde det og hvordan det gikk med barna. Det var viktig å forsøke å legge til rette for en god og trygg atmosfære i gruppa. Deretter holdt de ikke innlegg, men åpnet med å spørre de andre om hva de forsto eller syntes om innlegget i helseopplysningsgruppa. De så på sin oppgave som å legge til rette for gode diskusjoner og forklare etterhvert hvis noen ikke forsto. En annen måte å starte på var at dersom en hadde den sykdommen eller lidelsen som var tema, så ble denne bedt om å fortelle hvordan det var. De andre kom til med sine synspunkter og erfaringer.

Gruppelederne hadde lært seg forskjellige møteteknikker for å legge til rette for gode møter. Det viktigste utgangspunktet var allikevel å snakke om noe som kvinnene var interessert i. *«Jeg må finne ut hva gruppa er interessert i og hva jeg kan gi til dem som gir dem resultat».* Dette fant de ut ved å spørre dem. Men i gjennomføringen av det enkelte møte hjalp det med faglige forberedelser og bevisst bruk av utvalgte møteteknikker. Møteteknikkene hadde de til dels kommet fram til selv etter prøving og feiling, og dels gått igjennom i veiledningsmøtene. Det var forskjell på hvor bevisste kvinnene var på teknikkene. Noen var veldig opptatt av dette verktøyet, mens andre var mindre bevisst på det.

Noen eksempler på møteteknikker som ble brukt av gruppelederne:

- Styring og fordeling av ordet;
F.eks kunne de dele opp kvinnene i små grupper slik at flere fikk anledning til å si noe.
- Hvis uenigheter og krangel i gruppa;
Skiftet tema og snakket om noe de visste damene likte. Det vanskelige tema kunne tas opp igjen noen uker senere.
- Hvis damene så ut som de kjedet seg;
Skiftet tema, henvendte seg til kvinnene og fikk dem til å fortelle. Gruppelederne lyttet aktivt og stilte oppfølgende spørsmål. Deretter kunne de skifte tilbake til opprinnelig tema.
- Hvis kvinnene snakket om andre ting;
Spurte; på hvilken måte henger dette sammen med det vi snakket om? Et annet alternativ var å ta pause og la kvinnene snakke ferdig for deretter å gå tilbake til opprinnelig tema.
- Oppmerksomhet;
Gruppelederne ga anerkjennelse til kvinnene når de forsto og når de bidro med synspunkter.

I tillegg til møteteknikker som de som er nevnt ovenfor er det viktig å understreke gruppelederens pedagogiske innstilling. De var ikke opptatt av å belære, men inntok en lyttende holdning til deltakerne i gruppene. For å kunne formidle ny kunnskap ble det opplevd

som vesentlig at kvinnene fikk formidle egne synspunkter og forståelse på en problemstilling, før de kunne gå i dialog om eventuelle mulige løsninger.

Gruppelederne var også lyttende i forhold til hva som kom opp spontant i gruppene. Slike tema skapte ofte gode diskusjoner fordi det handlet om noe som kvinnene var genuint interessert i. I tillegg til å fokusere på hva som var vanskelig, forsøkte gruppelederne å dreie diskusjonene rundt muligheter og løsninger. De stilte spørsmål slik at kvinnene snakket om hvordan de kunne forholde seg i vanskelige situasjoner. På den måten fikk kvinnene anledning til å bytte erfaringer og lære av hverandre. Dette har de gitt uttrykk for har gitt dem overskudd og energi, slik at de var litt mindre slitne og litt mer glade etter møtene. Overskuddet holdt i flere dager og møtene hjalp dem til å glemme problemene de var oppe i. Som en uttrykte det «*det gir håp*». Andre var imidlertid mer reserverte og uttrykte holdninger som «*Vi snakker og snakker, men når vi kommer ut av dette rommet skjer det likevel ingenting. Innerst inne er jeg ikke så sikker på at vi ønsker noen endring.*» Uttalelsen viste hvordan en av deltakerne erkjente eget forhold til endring. Den var samtidig et uttrykk for økende bevissthet om egne behov og strategier. Den viste at det å endre holdninger og tradisjoner hos seg selv og andre (familien) er komplisert og tar tid. Den første evalueringen viste at kvinnene som ble intervjuet hadde endret kosthold for seg og sin familie, samt at de hadde utviklet et sunt forhold til å ta vare på egen helse på en enkel måte. Nå diskuterte kvinnene vanskeligere spørsmål som ikke har enkle svar. I enhver kultur vil det kreve refleksjon og modning å formulere alternative mål for seg selv, mål som igjen skal føre til beslutninger og valg slik at ens hverdagsliv blir kvalitativt endret.

Avslutning av møtene

Noen av gruppelederne avsluttet alle møter med en kort runde med spørsmål som:

- hvordan har det vært i dag?
- hva skal vi snakke om neste gang?

Dette ga gruppelederne anledning til å teste ut hvordan de selv fungerte og deltakerne anledning til å påvirke innholdet i gruppemøtene. Tema de var interessert i ble satt på dagsorden, noe som antakelig bidro til å styrke deres involvering og deltakelse i gruppa. En gruppe møttes 30 ganger i løpet av et år og en av kvinnene deltok på alle møtene. Det hadde hun sannsynligvis ikke gjort om hun ikke hadde fått diskutert ting hun personlig var opptatt av og på en måte som ga henne en følelse av avlastning.

Etterarbeid

Etter møtene ryddet gruppelederne rommet. Noen diskuterte seg i mellom for å bearbeide inntrykkene og avklare hvordan det hadde gått og hvordan de skulle legge opp neste møte. Andre møttes først til neste helseopplysningsmøte. Fra hver helseopplysningsgruppe var det en av gruppelederne som skrev referat fra møtet og registrerte hvem som deltok. Dette var dokumentasjon fra møtene og nødvendig for at gruppelederne skulle få betalt. Prosjektleder for Enerhaugen barnestasjon har også opplyst at de mest rutinerne gruppelederne oppsøkte henne rett etter hvert møte for å tømme seg og for å komme med ønsker for tema på de felles helseopplysningsmøtene.

8.6 Gruppeledernes etiske forhold til egen rolle

Som gruppeleder måtte kvinnene ta stilling til flere saker som ikke hadde direkte med helseopplysning å gjøre. Det hadde mer med den rollen de hadde ervervet og hvordan den kunne utføres på en måte som bygget opp om de «gode tingene» i forbindelse med gruppevirksomheten. Det dreide seg om forholdet mellom gruppeleder og den enkelte kvinne, kvinnene i mellom, og mellom miljøet i den enkelte gruppe og det ytre miljøet som de alle var del av.

Omsorg og respekt

Gruppeledernes holdninger til kvinnene hadde betydning for hvordan miljøet i gruppene utviklet seg. Gruppelederne var opptatt av å vise kvinnene respekt og omsorg. De tok del i deres sorger og gleder og de var oppmerksomme mot f.eks syke ved å hjelpe dem med stolen. De forsøkte å vise at de satte pris på dem i praksis ved blant annet å servere te og kaffe. De kontaktet kvinnene privat på telefon for å høre hvordan det gikk med dem ved sykdom og for å invitere til nye møter. Gruppelederne var opptatt av å ha en aktiv oppmerksomhet overfor kvinnene i egen gruppe.

Taushetsplikt

I utgangspunktet var alle tema kvinnene brakte fram åpne for å bli diskutert i gruppene. Dette forutsatte at sensitive opplysninger ikke kom ut av gruppa. Gruppeledere var derfor nøye med å diskutere fram til enighet om dette. Trygghet for at private ting ble innenfor gruppa var en forutsetning for den åpne holdningen til hverandre.

Legitimitet

I tillegg til å drive grupper hadde gruppelederne en annen viktig oppgave som var lite uttalt. Det handlet om å skape og opprettholde legitimiteten for det tilbudet som Primærmedisinsk verksted og Enerhaugen barnestasjon representerte for personer med minoritetsbakgrunn i bydelen. Det finnes få møtesteder for f.eks muslimske kvinner utover moskeen. Det ble rapportert om kvinner som ikke fikk forlate sine hjem bl. a fordi de kunne bli uheldig påvirket. Primærmedisinsk verksted og Enerhaugen barnestasjon framsto som en alternativ arena hvor kvinner med minoritetsbakgrunn kunne møtes, hvor terskelen for deltakelse var lav og hvor det ikke var en målsetting at de muslimske kvinnene skulle fornorskes. En av gruppelederne fortalte at hun bevisst informerte deltakernes familiemedlemmer uformelt om hva som foregikk i prosjektet, når hun møtte dem tilfeldig. Dette mente hun var viktig for at familiene skulle føle seg trygge på stedet og oppmuntre sine kvinner å gå der, samt snakke positivt om tilbudet til andre. I noen tilfelle førte dette til at gruppeledere opparbeidet seg en betrodd posisjon i miljøer som ikke benyttet seg av prosjektet.

8.7 Samhandling gruppelederne i mellom

Av de intervjuede er det åtte gruppeledere som over tid har jobbet sammen to og to. Inntrykket fra intervjuene er at dette var personer som passet sammen og som utfylte hverandre. De hadde dels valgt hverandre og dels blitt satt sammen. De to som ble satt sammen var i utgangspunktet svært ulike og befant seg i ulike livsfaser. De ble imidlertid

kjent og lærte å respektere hverandre og hverandres kunnskap. Når den ene var sliten og ville slutte, roet den andre ned. De andre parene utfylte hverandre på lignende vis. En var svært sosial og førte ordet, den andre reflekterte og utfylte når det var nødvendig. Den ene virket som hun kan drive gruppa alene, men var avhengig av den psykologiske støtten og tryggheten hun fikk fra partneren.

Noe av årsaken til at gruppelederne fungerte godt sammen var antakelig også at de hadde en grunnholdning om å vise hverandre respekt. Å vise respekt er en kvalitet som mennesker med pakistansk bakgrunn lærer fra de er født.⁶ Det er tradisjoner for hvem som særlig skal nyte respekt, slik som eldre, fedre, menn, de med utdanning m.m. I gruppesammenheng virker dette slik at de unge viser de eldre respekt, de eldre viser de unge respekt fordi de har mer utdanning og de viser hverandre respekt på bakgrunn av at de verdsetter hverandres kunnskap.

Selvsagt har det også vært sjalusi mellom gruppelederne, men det har stort sett vært forbigående konflikter.

8.8 Ledelse av arbeidsgrupper

Fire av gruppelederne var ledere for en arbeidsgruppe, kokekurs inkludert. I tillegg deltok ni andre gruppeledere i arbeidsgruppene som tilsammen hadde 24 deltakere. Arbeidsgruppene var mer målrettet og krevende enn deltakelse i helseopplysningsgrupper og rekrutterte kvinner som kunne noe om det valgte tema og som selv ønsket å bidra. Deltakelsen var forpliktende sammenlignet med helseopplysningsgruppene hvor en kunne delta mer etter eget behov. Arbeidsgruppene hadde et bestemt tema og de skulle ende opp med et definert produkt. Lederansvaret ble mer tydelig. Gruppene ble allikevel drevet ulikt. Turgruppa var tilnærmet et kollektivt prosjekt, bekkensmerte gruppa ble ledet av eksterne fagfolk, mens babymassasje gruppa var mer avhengig av arbeidsgruppelederen. I den gruppa var det mange som ville delta, slik at leder måtte prioritere seks av 27 interesserte. For å takle oppgaven uten å møte for mye misnøye, var det nødvendig å utarbeide kriterier for utvelgelse. Det som er blitt rapportert av utfordringer fra lederen i denne gruppa handler om administrativt ansvar, faglig koordinering, arbeidsmåter og kommunikasjon. I tillegg lå det på lederen å ferdigstille rapport fra prosjektet.

Administrativt ansvar

I babymassasjegruppa handlet det administrative ansvaret om å lage regler for gruppa som de var villige til å følge, rapporteringsrutiner for oppmøte og referater. Til å skrive ned løpende referater ble det valgt en kvinne fra Somalia. Hun ble nær samarbeidspartner med gruppelederen som var av pakistansk bakgrunn. Det bidro samtidig til å åpne for kommunikasjon og nærere forståelse mellom de to kulturene i gruppa.

Faglig koordinering

Gruppemedlemmene hadde pakistansk, somalisk og norsk bakgrunn. Den norske var faglært (fysioterapeut) mens de andre var selvlærte. For å dra nytte av kvinnenens ulike kompetanse måtte lederen finne en måte å få fram og synliggjøre alle deltakernes kompetanse. Hun valgte

⁶ Andre etniske grupper er sikkert også opptatt av respekt, men det er i hovedsak personer med pakistansk bakgrunn inngår i denne undersøkelsen og som er intervjuet.

en metode for erfaringsutveksling hvor kvinnene først fortalte hverandre hva de kunne om babymassasje, så skrev den enkelte ned sine erfaringer og til slutt viste de hverandre hvordan de masserte på dukker, samtidig som de forklarte hensikten med den konkrete massasjen. På denne bakgrunn utviklet de en dialog og utvekslet synspunkter på hvordan en kan bruke babymassasje mer aktivt i Norge. Lederen og en somalisk kvinne samlet alt materialet og gikk i gjennom det sammen slik at lederen til slutt kunne bearbeide stoffet til en rapport.

Kommunikasjon

Kvinnene kom fra ulike kulturer og hadde ulik grad av formell kompetanse. De snakket forskjellig språk og måtte benytte norsk som fellesspråk. Å få til god kommunikasjon i gruppa handlet både om at de klarte å forstå ordene de sa til hverandre og at de forsto hvilken kontekst de inngikk i. Lederen snakket urdu og engelsk, forsto norsk men snakket det ikke selv. Til å bistå henne ble det rekruttert et nytt medlem i gruppa som kunne oversette til norsk for de andre. I tillegg ble prosjektleder for Enerhaugen barnestasjon trukket inn for å bistå med oversettelse av artikler og annet faglig materiale.

Prosjektleder for Enerhaugen barnestasjon opplevde at behovet for tolking var stort i arbeidsgruppene. Gruppelederne manglet språk til å kommunisere på tvers av etnisiteter samtidig som fagspråket krevde mer nyanserte oversettelser.

8.9 Arbeidsgrupper - faglig utfordrende og attraktivt

Arbeidsgrupper var en gruppeform som inspirerte deltakere i Primærmedisinsk verksted og Enerhaugen barnestasjon. Det var attraktivt å være med i disse gruppene. Ved siden av at alle deltakerne fikk belønning, dreide det seg om å få delta i faglig utfordrende oppgaver hvor de fikk brukt av sin erfaringskompetanse. For lederen handlet det om å drive fram en prosess og å finne fram til en struktur og arbeidsmåter som gjorde at deltakerne beholdt interessen, prioriterte arbeidet og ytet sitt beste. I tillegg handlet det om å arbeide målrettet mot å ferdigstille et produkt som lederen/gruppedeltakere hadde tatt initiativ til, planlagt og gjennomført. Produktet skulle være noe som andre hadde behov for og ble på denne måten synlig for andre. Kokekurs er et eksempel. Her meldte ansatte i bydelen seg på kurs på fritida. Turgruppa er et annet eksempel. Brosjyren er allment tilgjengelig i bydelen.

I forhold til kvalifisering av kvinner med minoritetsbakgrunn til arbeidslivet, kan det virke som arbeidsgrupper var et godt alternativ. Gruppene var oftere enn helseopplysningsgruppene fleretniske slik at norsk ble felles språk. Deltakerne måtte prioritere arbeidet for å få delta og deltakelsen var basert på at de hadde kompetanse som ville være nyttig i prosjektet. Lederen/es oppgave var å være faglig koordinator og legge opp arbeidet slik at hele gruppens kompetanse kom til best mulig til nytte i arbeidet. Dette bidro til å utvikle kvaliteter som blir verdsatt i arbeidslivet.

8.10 Strategier og tema i gruppene

En av intensjonene med Primærmedisinsk verksted og Enerhaugen barnestasjon er å drive forebyggende helsearbeid rettet mot barn og familier. De kvinnene som drev gruppene formidlet to vesensforskjellige budskap til deltakerne i gruppene. For det første handlet det

om det uttalte, helseinformasjon og psykososiale problemer som kvinnene møtte i sin hverdag. For det andre handlet det om metoder og strategier for hvordan de kunne forholde seg til de problemene og vanskelighetene som de møtte i hverdagslivet, på en slik måte at de opplevde mer kontroll med egen situasjon. Hvordan gruppelederne formidlet dette til deltakerne avhang av deres holdning til deltakerne og hva gruppeleder selv opplevde som hensikten med sitt virke.

Strategier for overlevelse

Diskusjon av tema og strategier var tett sammenvevd i gruppene. Emnets kompleksitet lå føringer på hvordan det var mulig å ha en fruktbar diskusjon knyttet til det. Ømtålige spørsmål som ble tatt opp for første gang ble ofte bare luftet ut. Senere kunne de bli tatt opp igjen for mer dyptgående diskusjon og samtale om hvordan man kunne forholde seg til de konkrete vanskelige livssituasjonene. Det som kjennetegnet strategiene var at de forsøkte å finne fram til måter å forholde seg på som kunne bedre situasjonen for kvinnene uten at det samtidig førte til konflikt med f.eks den nære familien. I noen tilfelle var det nesten umulig, men de prøvde å reflektere seg fram til alternative handlingsmuligheter. De forsøkte også å lete etter støttende holdepunkter i egen kultur for å kunne forholde seg til problemet på en mer meningsfull måte. Her var f.eks Koranen til hjelp. Det handlet i stor grad om tilpassingsstrategier, som kunne styres i retning av et framtidig mål. Det var ikke snakk om oppbrudd og plutselig skifting av livssituasjon.

8.11 Eksempler på vanskelige tema som ble tatt opp

For å forstå betydningen av gruppene tas det med eksempler på tema som ble tatt opp. Dette for å vise på hvilken måte gruppene utfylte et tomrom i forhold til å løfte opp private problem og gjøre dem mer allmenne, i den hensikt at det kunne lette situasjonen for den enkelte og for at det skal være mulig å forholde seg til problemstillingene på et kollektivt nivå. Hensikten er ikke at «det norske samfunnet» skal overta problemene og forsøke å løse dem på vegne av minoritetsbefolkningen. Men det er en hensikt at typen problem blir gjort mer kjent slik at de som har en hjelperrolle kan forstå og støtte opp når det er aktuelt. Samtidig er det viktig å vise hva kvinnene var opptatt av og som de mente hadde betydning for deres helse og trivsel. Gruppeledernes oppgave var å styre diskusjonene slik at de ble holdt på et generelt nivå og ikke ble hengt på enkelte deltakere.

Migrasjonens betydning for helsa

Kvinnene har måttet etablere en ny kognitiv virkelighet i Norge. Flere levde isolert og opplevde tilværelsen mer oppsplittet og mindre meningsfull enn det de husket fra hjemlandet. De har opplevd skuffelser i forhold til forventningene om å flytte til Norge. Alt dette påvirket den psykiske helsa og førte for noen til stress og tap av energi. I gruppa ble det diskutert hva de kunne gjøre for å endre situasjonen.

Kjedsomhet

Livet til kvinnene her i Norge har vært konsentrert om familie og barn. Fordi de levde i eksil hadde få av dem et større familienettverk å støtte seg på. På dagtid gikk de alene hjemme mens mann og barn var opptatt med arbeid og skole. De ga uttrykk for at det å leve så isolert uten meningsfulle oppgaver å fylle dagen med, gjorde at de kjedet seg. I gruppene diskuterte

de hvordan de kunne komme ut av kjedsomheten og isolasjonen. Bl.a har dette vært et motiv for å bli gruppeleder og delta i grupper.

Bolig, arbeid og økonomi

De fleste av kvinnene levde i familier med dårlig økonomi. Selv om økonomien ikke var deres ansvar så påvirket det dem når det var vanskelig å få endene til å møtes. De var opptatt av å få vite mer om hva man gjør hvis man må selge boligen fordi man ikke klarer å betale kostnadene, hva skjer med utestående gjeld og hvordan skaffer man seg en ny bolig? De var også opptatt av hvordan deres barn som er førstegenerasjons nordmenn kan slippe til på arbeidsmarkedet i jobber som de liker og hvordan kan de selv kan skaffe seg jobb. Slike spørsmål tyder på at kvinnene hadde erfart at det var vanskelig for dem og deres familier å slippe inn på bolig- og arbeidsmarkedet.

Barneoppdragelse

Fra egen oppvekst var kvinnene vant til at foreldrene bestemte over barnas oppdragelse og hvordan den skulle foregå. I Norge ble de møtt med at det ikke er lov å slå barn, uansett hvor slemme eller uskikkelige de hadde vært. Ved slike konfrontasjoner med egen lærdom forsøkte gruppelederne å legge til rette for diskusjoner hvor kvinnene sammen lette etter alternative strategier for barneoppdragelse som er akseptert både i Norge og av dem selv. I stedet for at norske fagfolk fortalte dem hva de kunne gjøre, reflekterte de seg i mellom om barn, utvikling og hva slags barn de ønsket å oppdra til, for deretter å søke etter hvordan oppdragelsen kunne foregå i den konkrete norsk/muslimske hverdagen.

Jenter som er oppvokst i Norge og blir gift med menn fra opprinnelsesland

Jenter som er første generasjons nordmenn har vært vant til å bli hørt og kunne uttale seg kritisk. Dersom de gifter seg med en mann fra opprinnelsesland vil han sjelden akseptere en slik oppførsel. Slike ekteskap kan lett ende opp i skilsmisse. Hvordan kan jentene takle en slik situasjon uten å gi avkall på den frie stillingen de har fått oppleve i Norge? Hva kan mødrene gjøre for å støtte sine døtre uten å komme i konflikt med hennes ektemann?

Kona mellom barken og veden

Det omvendte tilfelle er når mannen er oppvokst i Norge og gifter seg med en kvinne fra opprinnelseslandet. Mannen kan ønske seg en moderne kone som f.eks klipper håret og går med bukser. Hans foreldre kan imidlertid ha de motsatte ønsker. Deres forventninger til svigerdatteren er at hun klarer å påvirke mannen til å bli mindre vestlig og mer tradisjonell. Samme hva hun gjør blir det galt. Hva kan kvinner som opplever slike situasjoner gjøre, hvordan kan hun best ta vare på seg selv og sine barn i en slik situasjon?

Ektemenn har forhold til norske kvinner

I flere av gruppene kom det fram at kvinnene opplevde det som et problem og som nedverdiggende at menn med innvandrerbakgrunn hadde forhold til norske kvinner. Det ble hevdet at dette er svært utbredt. Det førte til at kvinnene ble skeptiske til norske kvinner generelt og bar nag til dem. For kvinnene skapte dette også stor usikkerhet med hensyn på egen livssituasjon. Det satte store krav til dem for å tilfredsstillte mannen slik at han ikke kastet dem ut. Hvordan skulle de klare å leve i sitt hjem i en slik situasjon uten at selvfølelsen ble for truet og uten at de mistet troen på egen verdi som menneske og hustru? Hvor kunne de søke støtte? Hva skjedde med kvinnene hvis mennene forlot dem?

Spørsmål om kvinners rettslige stilling i Norge

Kvinnene levde en usikker tilværelse i den forstand at de var helt avhengige av sine menn med hensyn på livsopphold. De var opptatt av å få vite hva som skjedde ved skilsmisse i forhold til rettigheter til å bli i Norge, økonomisk underhold, ansvar for barn m.m. De var opptatt av å få vite hvilke forskjellige rettigheter ulike statsborgerskap ga og hva som skulle til for at de evt. kunne få norsk statsborgerskap.

Mange av vanskelighetene kvinnene sto overfor har oppstått i en slags kollisjon mellom deres muslimske hverdag og majoritetskulturen. Til forskjell fra tidligere var oppmerksomheten i gruppene nå rettet mot familiesosiale og samfunnsmessige spørsmål i tillegg til helse. *Det har vokst fram et behov for å forstå mer av hvilke sammenhenger kvinnene inngår i, hvilke rettigheter de har og hvordan de kan øke sitt eget handlingsrom i det norske samfunnet. Dette har kommet opp etterhvert som de har følt trygghet til å dele sine følelser og bekymringer med andre i lignende situasjon.*

9. Kvinnenes opplevelse av ledelse

Denne evalueringen retter søkelyset mot hvordan gruppelederne ser på ledelse og hva de gjorde som ledere. Deres syn på ledelse er interessant. De var ikke opptatt av ledelse som fenomen. De var opptatt av å hjelpe andre og lære selv. Rollen som gruppeleder var en måte å få dette til på. Bare i den grad ledelse er nyttig for å lykkes med dette ble diskusjon av ledelse interessant. Deres erfaring var også at de i overveiende grad opplevde at ledelse ikke var vanskelig.

For å forstå mer av gruppeledernes gjøren, kan det likevel være nyttig å vurdere deres innsats i et ledelsesperspektiv.

Det er skrevet mye om ledelse og hva det er. Det ene ytterpunktet handler om at ledelse er et fag i seg selv uavhengig av hva man leder. Det hevdes at for mye kunnskap om bedriften og de profesjonene man er satt til å lede kan være belastende og hindre beslutningsprosessen. Det innebærer at en god leder i prinsippet kan lede hva som helst uten kjennskap til hva hun skal lede. Denne tradisjonen, som er påvirket av ledelseskonsulenten George Kenning, har stått sterkt i det private næringslivet i Norge (Schjander, 1987) og har etterhvert også påvirket ledelsesutviklingen innenfor offentlig sektor. Det motsatte ytterpunktet handler om at god ledelse er avhengig av kjennskap til og respekt for det og de som skal ledes. Her hevdes det at lederen vil ha vanskeligheter med å oppnå nødvendig tillit i organisasjonen for å treffe effektive beslutninger dersom hun i praksis ikke har vist å ha god kunnskap om virksomheten, dens hensikt og mål og dens ansatte. Effektivitet er her knyttet til at beslutningene oppleves som gode av de ansatte, slik at de ansatte iverksetter dem på en god måte for virksomheten (Munson og Zuckermann, 1983) (Berg, 1989). Ledelsesteoretikeren Adize (1980) knytter ledelse til å fatte beslutninger og er opptatt av at dette har med autoritet og tillit å gjøre. God ledelse er her forbundet med fravær av behov for å bruke autoritære virkemidler for å få en beslutning igjennom.

Det er et åpent spørsmål om ledelsesteori utviklet i vestlig næringsliv er relevant for å forstå ledelsesaspektet ved de muslimske kvinnene som har fått posisjon som gruppeledere ved Primærmedisinsk verksted / Enerhaugen barnestasjon. Teoriene kan imidlertid være nyttige for å belyse hva slags ledere de ikke er og om det i noen tilfelle er sammenfall. Mest iøynefallende er gruppeledernes vektlegging av at de er gode ledere fordi de kjenner og forstår kvinnenes bakgrunn, deres tradisjoner og kultur. Som en sa; *«jeg kjenner pakistanske damer og vet hva de liker, derfor kan jeg lede.»* Dette var gjennomgående i intervjuene. Det ble etterfulgt av en grunnleggende skepsis til at en gruppeleder som ikke var av pakistansk opprinnelse kunne fungere som leder i helseopplysningsgrupper med pakistanske deltakere. Kjennskap til kvinnenes bakgrunn og deres virkelighet i Norge ble oppfattet som et utgangspunkt for å kunne vise respekt for kvinnene og deres situasjon. Og, hvis ikke gruppeleder viste respekt for kvinnene ville det være umulig å drive en gruppe. Da ville tilliten mangle og kvinnene utebli.

9.1 Autoritet og tillit

Ledere i etablerte organisasjoner er gitt posisjoner som gir dem formell autoritet. De er gitt myndighet til å fatte beslutninger. Gruppeledernes formelle posisjon er svak. Den er knyttet til at de har inngått kontrakt om å være gruppeleder for en begrenset periode. Grupperne skal lede må de stort sett selv bygge opp etter først å ha rekruttert deltakere. Gjennom rekrutteringsprosessen og arbeidet i gruppene må de langsomt bygge opp et tillitsforhold til deltakerne. Det må utvikles relasjoner hvor deltakerne slutter opp om og aksepterer gruppeleder som leder. Dette har vært en møysommelig og til tider vanskelig prosess i flere av gruppene. Gruppeledere har bl.a rapportert at de ikke hadde tillit i begynnelsen fordi de f.eks ikke tillot deltakerne å snakke om sine helt private problemer. Begrunnelsen var at problemene ble for voldsomme å forholde seg til i gruppesammenheng; *«Alle damer har problemer i hjertet. Vi kan ikke ta alt!»* Andre sier at det har vært vanskelig å få deltakerne til å tro på dem når det gjaldt formidling av kunnskap. De trodde mer på norske kvinner / fagfolk. Dette har antakelig både å gjøre med et kompetanseproblem, et formidlingsproblem og et majoritets- minoritetsproblem.

Gruppelederne fortalte at i pakistansk miljø blir det sett opp til personer som har utdanning og tilsvarende sett ned på de som ikke har det. Dette påvirket forholdet mellom gruppeledere og deltakere. Noen fremhevet at egen mangel på formell kompetanse gjorde at det tok tid å oppnå respekt og tillit fra deltakerne. Som kompensering måtte de tydeliggjøre at kompetanse var noe mer enn formell utdanning, det dreide seg også om livserfaring og kjennskap til tradisjoner. Å lede en gruppe krevde flere kvaliteter, bl.a evne til konfliktløsning mellom gruppedeltakere. Dette er en type kunnskap som ofte erverves gjennom erfaring. Også gruppeledere imellom var det skepsis til at noen blant dem hadde liten formell utdanning.

Som ledere med svak formell autoritet var gruppelederne helt avhengige av uformell tillit for å kunne fungere på en måte som var tilfredsstillende for dem selv. Etterhvert som de har utviklet seg og etablert relasjoner til gruppedeltakerne har problemet med manglende tillit blitt overkommet. *Flere av gruppelederne er i dag ettertraktet i miljøet og får stadige forespørsler om å starte nye grupper.* De må imidlertid hele tiden være årvåkne i forhold til å bygge opp og vedlikeholde tillit. I dag ser dette ut til å være knyttet til at de hele tiden må utvikle seg slik at både de selv og gruppedeltakerne opplever møtene som lærerike og meningsfulle.

Bildet av tillitsproblematikken er sammensatt. Samtidig som flere brukte tid på etablere tillitsrelasjoner så ga de sterkt uttrykk for å være trygge i sin lederrolle. De syntes ikke det var vanskelig å være leder.

9.2 Mange små og usynlige beslutninger

Ledelse i vestlig forstand handler mye om å kunne fatte beslutninger. På overflaten kan det synes som det å fatte beslutninger ikke inngikk i gruppeledernes rolle. Ved nærmere ettersyn handlet det imidlertid om å fatte mange små og nesten usynlige beslutninger. Eksempel var når gruppeleder så at deltakerne kjedet seg. Da fattet gruppeleder *en beslutning* om f.eks å endre tema og hun *besluttet* hvilket tema det skulle endres til som hun trodde kunne engasjere deltakerne igjen. Gruppelederne *besluttet* for seg selv hvordan de vil oppføre seg sammen med deltakerne. I deres tilfelle handlet det om at de *bevisst besluttet* at de måtte vise omsorg ved f.eks å spørre deltakerne hvordan de har det, servere te osv. Andre *besluttet* at oppgaver som servering og rydding skulle deles på.

Evne og vilje til å fatte beslutninger fremheves her for å belyse at kvinnene i stor grad var oppmerksomme og lydhøre som ledere og i stand til å forholde seg aktivt til en prosess. En bemerket at de ble lært opp til å ta ansvar og fatte beslutninger fra de var barn. Som barn av fattige familier måtte de tidlig lære seg til å prioritere goder til beste for familien. Gjennom mange, små og usynlige *beslutninger* styrte de gruppemøtene, fremfor å bli spilt ut på sidelinjen av snakkeferdige damer. En bemerket at hun lærte seg å styre og ha kontroll over diskusjoner, noe hun senere har hatt nytte av i familien. En annen har fått høre på skolemøte at hun var god til å delta i og styre diskusjoner.

Gruppelederne fulgte en blanding av konsultative prinsipper og prinsipper for medvirkning (Grøholt, 1987) når de skulle fatte beslutninger. Oppslutning fra deltakerne var helt nødvendig for at beslutningene skulle få betydning og virke samlende for gruppevirksomheten. I de fleste tilfelle ble beslutningsgrunnlaget og alternativer diskutert åpent. Strategiske beslutninger som gjaldt f.eks gjennomføring av møter ble derimot i større grad besluttet på intuisjon basert på gruppeleders kjennskap til deltakerne. Reglene for hvordan viktige beslutninger skulle treffes i de enkelte gruppene var etablert på bakgrunn av felles diskusjon.

9.3 Ingen interesse for å fremheve lederposisjonen

Møteledere markeres ofte fordi de sitter eller står på en fremhevet plass i rommet. Disse kvinnene var opptatt av at alle skulle sitte i ring og at gruppeleders plassering ikke adskilte seg fra de andre. Noen var bevisst på at de heller ikke skulle ha fast plass. De flyttet rundt fra møte til møte. Gruppelederne satt sammen med de andre og brukte bare unntaksvis f.eks flip-over for illustrere poeng. Det ble fremhevet som viktig å vise at det ikke var forskjell på lederen og de andre, men at det var fellesskapet som betydde noe. Her er det antakeligvis et innslag av sosial kontroll som er sterk i miljøet. Det var ingen formell kompetansemessig grunn til at noen var blitt gruppeledere utover at de hadde vært lenge med i prosjektet. Men, de hadde vist personlig interesse og engasjement for å påta seg et slikt ansvar. En grunn til at de andre respekterte dem som ledere hang antakelig nettopp sammen med det at de ikke

fremhevet seg selv som bedre enn de andre. Dette ble understreket i tepausen hvor gruppelederne prioriterte å sitte sammen med de andre i stedet for å ordne «viktigere ting».

Det ble understreket at det ikke var nødvendig å være autoritær for at gruppa skulle fungere godt, det ville snarere virke mot sin hensikt. Som en sa; *«Hvis du viser dem at du er leder så løper de sin vei. De vil ikke bli behandlet som barn. De er voksne mennesker.»*

En annen kom med et annet budskap; *«Jeg synes ikke det er viktig å vise dem at jeg er leder. Jeg synes det er viktig å vise dem hva jeg har lært!»*

Denne type ledelse understrekes av folk som er opptatt av prosess fremfor posisjon.

På den annen side kom det fram at gruppelederne likte den innflytelsen som fulgte med posisjonen som leder. De likte at de andre etterhvert fikk tiltro til dem og at de ble viktige for de andre kvinnene. De fleste likte å få oppmerksomhet.

9.4 Gruppeledelse; en mulighet til å hjelpe andre som har det vanskelig

Det var flere ting som motiverte kvinnene til å være gruppeledere. Gjennomgående drivkraft var imidlertid muligheten til å hjelpe andre kvinner som hadde det vanskelig slik at de kunne hjelpe seg selv. Et annet poeng var at gruppelederne fikk oppgaver som gikk utover dem selv slik at de slapp å planlegge ensomme dager. Andres problemer hjalp til å sette egne til side. Det ble ikke så mye tid til bekymring.

Gruppelederne opplevde et slags skjebnefellesskap hvor de fikk kunnskaper de hadde glede av å dele med andre som levde i lignende situasjon som dem selv. Gruppelederne i de internasjonale gruppene var opptatt av at skjebnefellesskapet handlet om å leve i eksil og hva som skulle til for at de som kvinner med innvandrerbakgrunn kunne bli akseptert i norsk miljø. De mente de egnet seg som gruppeledere fordi de kjente eksilsituasjonen på kroppen. For kvinnene med pakistansk bakgrunn var skjebnefellesskapet knyttet til familiesosiale forhold og hvordan de kunne finne strategier for å balansere en muslimsk livsstil i et vestlig samfunn.

For å få deltakerne til å åpne seg og diskutere fritt krevde det at gruppeleder var vennlig mot dem og ga dem den beste informasjonen hun hadde. Det ville styrke muligheten til å hjelpe dersom gruppeleder ga deltakerne en følelse av at hun *«holdt rundt dem slik at de følte seg vel, at hun lo med dem, at hun gråt med dem og at hun lot dem få følelsen av å være velkomne i hennes hjem.»*

9.5 Gruppeledelse; en anledning til å lære

Som gruppeleder påla det kvinnene å aktivt tilegne seg kunnskap om helsefaglige og samfunnsmessige tema. De som kunne deltok på de felles helseopplysningsmøtene hvor de måtte anstrenge seg for å forstå. De opplevde det fordelaktig at de lå litt foran gruppedeltakerne kunnskapsmessig. Det inspirerte dem som ikke kunne godt norsk til å prøve å lære seg dette bedre. Behovet for å lære bedre norsk ble møtt med tilbudet om lederutvikling

med språkoppplæring som ble gjennomført på Enerhaugen barnestasjon våren 97. Ved siden av å bli «tvunget» til å lære om forskjellige tema, lærte gruppelederne fra gruppedeltakernes erfaringer og fra sin egen utprøving av lederrollen. Noen ga uttrykk for at det å lære og tilegne seg kunnskaper ga dem en god følelse av å mestre. De ble tryggere på at de kunne noe og at de hadde noe å lære bort. De følte seg sterkere og mer motivert til å møte nye utfordringer som de igjen kunne lære av. De fikk skjerpet læringsinteressen. Sammen med gruppedeltakerne hadde de en utforskende holdning til de tema som ble diskutert. Det motsatte var også tilfelle. Hun som ikke hadde anledning til å følge med på læreprosessen trakk seg fordi hun opplevde at hun ikke hadde noe å lære bort til læringshungrige gruppedeltakere.

9.6 Sentrale begreper i kvinnenes forståelse av ledelse

I alle intervjuene var det noen begreper som gikk igjen og som er uvante i vestlig ledelsessammenheng. Begrepene tas med her for å belyse kvinnenes forståelse av ledelse. Begrepene viser at for disse kvinnene handler ledelse i første rekke om relasjoner mellom mennesker.

Snill

Nesten alle var opptatt av at en leder må være snill. Noen forsto det som å lytte til hva deltakerne ville og være åpen for og legge til rette for andres behov.

Respekt

Respekt var et kjernebegrep som gikk igjen. Betydningen av at leder viste respekt for deltakerne i gruppa var grunnleggende for at kvinnene ville delta. Å vise respekt for dem betydde å vise respekt for hvem de var, hvordan de levde og for deres religion.

Kjærlighet til deltakerne

Lederen måtte ha kjærlighet til deltakerne. Dette innebar at hun var genuint opptatt av å stå dem bi og kunne føle med dem i deres sorger og gleder. Deltakerne måtte oppleve at lederen ville dem det gode.

Ekthet i motsetning til tillært rolle

Å være leder kan være en tillært rolle og /eller noe en er blitt på bakgrunn av engasjement. Gruppelederne var opptatt av at de som ledere måtte være ekte i kommunikasjonen og si det de mente. De måtte si det på en pen måte og prøve å snakke rett inn i hjertet til tilhørerne. Med å snakke pent mente de at en måtte bruke ord som hadde stor betydning og som kunne røre ved følelsene til de som hørte på.

Kvinnenes opplevelse av ledelse var knyttet til solidaritet med andre kvinner som har det vanskelig og et ønske om å hjelpe. Samtidig var de opptatt av å lære slik at de kunne hjelpe både seg selv og andre til å få et bedre liv. Deres syn på ledelse og hva det krever av den enkelte for at det skal kunne fungere, har mange fellestrekk med hvordan lokal., selvlærte helsearbeidere i utviklingsland fungerer, slik det blir oppsummert i boken «*Where there is no doctor*» (Werner 1993) (fritt oversatt):

* *Vær snill;*

Forhold deg til andre som likeverdige mennesker, ikke som syke og annerledes

- * *Del din kunnskap;*
Hjelp folk til å lære mer om hvordan de kan forebygge sykdom og hvordan de kan gjenkjenne og forholde seg til egen sykdom
- * *Respekter ditt folks tradisjoner og ideer;*
Bruk hva som er best i moderne medisin sammen med hva som er best i tradisjonell sykdomspleie, da kan du bidra til å styrke ditt folks kultur
- * *Vit din egen begrensning;*
Lær bort og gjør det du kan, men kjenn dine begrensninger
- * *Fortsett å lære;*
Hvis du ikke hele tiden lærer noe nytt, vil du snart ikke ha noe å lære bort
- * *Praktiser hva du preker;*
Gode ledere behøver ikke å fortelle andre hva de skal gjøre, de går foran med et godt eksempel
- * *Ha glede av arbeidet;*
Hvis du ønsker at andre skal ta del i helsearbeidet må du selv vise at det gir deg glede. Hvem vil ellers ønske å følge ditt eksempel?
- * *Se fremover og hjelp andre til å gjøre det samme;*
Lær dine medmennesker om sammenhengen mellom livsstil, livssituasjon og sykdom. Forsøk å få dem til å samarbeide lokalt for å redusere forhold som kan føre til sykdom.

Denne type ledelse er helt sentrert rundt å hjelpe andre og at man derigjennom gjør noe meningsfullt for seg selv. Dette er helt sammenfallende med slik de «naturlige hjelperne» fungerer ved Primærmedisinsk verksted og Enerhaugen barnestasjon.

9.7 Sammenligning av gruppelederne ved Enerhaugen barnestasjon og prosjektledere i nærmiljøarbeid

Basert på en tidligere evaluering av prosjektledere i nærmiljøforsøk (Søholt, 1993) kan det være interessant å sammenligne gruppelederne ved Enerhaugen barnestasjon med disse prosjektlederne. Likheten går på at begge grupper arbeider for å forbedre forhold i lokalmiljøet og at de selv må etablere sin organisasjon og mobilisere andre til å slutte opp. Hovedforskjellen går på at prosjektledere i nærmiljøarbeid arbeider for å endre et bomiljø / lokalsamfunn, altså det kollektive, mens gruppelederne arbeider for å bedre situasjonen til enkeltindivider og familier innenfor et lokalsamfunn. Oppgaven er også ulik i den forstand at prosjektlederne har mange og ulike oppgaver mens gruppelederne har mer avgrensede oppgaver. Prosjektlederne fikk ofte jobben fordi de hadde etablert nettverk og hadde kunnskap om f.eks kommunal forvaltning. Gruppelederne søkte seg ofte til Primærmedisinsk verksted/Enerhaugen barnestasjon fordi de ikke hadde nettverk og kontakter. Flere levde isolert. Gjennom å delta og være gruppeledere fikk de nye kontakter og kunne bidra til å bygge opp nettverk.

I evalueringen av prosjektledere svarte de selv på hvilke egenskaper som gjorde en god prosjektleder. Endel egenskaper var felles med hva gruppelederne mente var nødvendig for å lykkes. Dette handlet om å ha kunnskap om de gruppene som inngikk i prosjektet og vise dem tillit og respekt. Det dreide seg om å være generøs og tolerant overfor ulike mennesker og ulike synspunkter. Begge grupper fremhevet at man som leder hadde i oppgave å forsøke å

motivere de andre slik at de vokste. En av gruppelederne sa «*at ledelse handlet om å gi andre muligheter for kanskje har de erfaring som vi andre kan lære av*». Hun hevdet også at «*gruppeleders oppgave var å legge til rette for at andre kunne komme fram*». Prosjektlederne var opptatt av å lytte slik at folks synspunkter og ideer kunne berike nærmiljøarbeidet.

I tillegg mente prosjektlederne at de måtte være resultatorienterte, handlingskraftige og beslutningsdyktige. Slike egenskaper etterlyses ikke eksplisitt blant gruppelederne, allikevel har de lyktes med å gjennomføre et høyt antall helseopplysningsgrupper, arbeidsgrupper og kokekurs. I stedet for å bli møtt med konkrete mål om resultater har gruppelederne blitt møtt med forventninger om at de kan drive grupper på sin måte. Det åpnet for initiativ og la til rette for høy aktivitet.

Evalueringen av prosjektlederrollen oppsummerte denne som en form for *frigjørende ledelse*. Oppgaven var konsentrert om strategier og arbeidsmetoder som bidro til å utløse lokalt engasjement og kreativitet, og som frigjorde ressurser slik at lokale aktører sammen kunne prøve ut alternativ oppgaveløsning. Det gikk ut på å utnytte de mulighetene som lå i det enkelte lokalsamfunn og snu problemer og utfordringer til muligheter gjennom å involvere til medansvar (Søholt 1993: s. 122). Tilbake til gruppelederne kan det hevdes at de er i ferd med å utvikle en form for *frigjørende ledelse* i forhold til enkeltindivider. Ved hjelp av veiledning har de arbeidet med å inspirere deltakerne til å sette ord på egne problem og søke etter egne løsninger som en metode for å utvide sitt mulighetsrom. Dette har vært tidkrevende og fordret tålmodighet.

Slike prosesser er kontinuerlige og gruppelederne var inne i den samme prosessen samtidig, i forhold til egen posisjon og rolle. Det har hatt som implisitt bieffekt at noen har opparbeidet interesse for og prioritert å engasjere seg i andre lokale spørsmål.

9.8 Hva har skjedd med kvinnene, hvor er de nå?

Aktiviteten ved Primærmedisinsk verksted/Enerhaugen barnestasjon har gitt gruppelederne tro på seg selv og de har sett muligheter for å gå inn på flere aktivitetsområder. Dette dreier seg i sær om å prøve å komme inn på arbeidsmarkedet. Av de 17 gruppelederne har 11 våren 97 enten fått arbeid eller går på skole.

Gruppelederne er engasjert i følgende virksomhet:

- Prosjektassistent på lønnstilskudd på Enerhaugen barnestasjon, halv tid (opphørte 05.07.97). Fra høsten 97 har hun fått fast stilling som hjemmekonsulent på et sosialkontor i bydelen.
- Kontormedarbeider ved Primærmedisinsk verksted
- Frivillig miljøarbeider knyttet til oppsøkende virksomhet. Pr. juni 97 engasjert som miljøarbeider ved Primærmedisinsk verksted.
- Fast stilling som ansvarlig kokk i barnehage
- Vikar som kokk i barnehage og på AMU-kurs i barnehage for å bli barnehageassistent høsten 97.
- Fast stilling som kokk på halv tid i barnehage. Søker ledig stilling som barnehageassistent samme sted.

- Vikar som barnehageassistent i flere korte perioder. Fra høsten 97 deltaker på Solsøm sysselsettingsprosjekt.
- Lærer i moskeen i urdu og i koranen
- Elev på Rosenhoff norskundervisning og lærer i moskeen
- Vikar som buss-sjåfør

Gruppeledelse har ført til yrkesaktivitet

Den gjennomsnittlige arbeidsledigheten i Norge i mai 97 lå på 3,2%. Ledigheten blant førstegenerasjonsinnvandrere lå samtidig på 9,9 %. For førstegenerasjonskvinner fra Asia og Afrika lå ledighetsprosenten på 14,8 % og 14,5 %⁷. I en slik sammenheng er det bemerkelsesverdig at bortimot 65 % av de i utgangspunktet arbeidsledige gruppelederne har blitt motivert til og opparbeidet seg kompetanse til å skaffe seg inntektsgivende arbeid, på bakgrunn av deltakelse i helseopplysningsgrupper.

Arbeidsaktiviteten viser at gruppelederne etterhvert har opparbeidet seg tilstrekkelig *selvtillit* til å søke jobber. En hadde sendt flere hundre søknader, men fikk først jobb når hun kom i direkte kontakt med en barnehage. Det er et eksempel på at for jobbsøkere med innvandrerbakgrunn gjelder det samme som for nordmenn, at det er lettere å få innpass på arbeidsmarkedet når en har kontakter og nettverk. Til en viss grad opparbeider gruppelederne seg et nettverk på Enerhaugen barnestasjon. Dette skjer gjennom den kontakten de får med helse- og sosial personell som kommer for å forelese i gruppene.

Erfaringene som kvinnene har ervervet gjennom å delta i Primærmedisinsk verksted / Enerhaugen barnestasjon har bidratt til at noen av dem har fått *mot nok til selv å oppsøke arbeidssteder* de kan tenke seg å jobbe. Strategien har gitt resultat for flere av kvinnene.

De konkrete ansettelsene viser at kvinner som har deltatt i Primærmedisinsk verksted / Enerhaugen barnestasjon har *opparbeidet seg en tilleggskompetanse som verdsettes på det lokale arbeidsmarkedet*.

10. Brukernes ønsker for videre aktiviteter ved Enerhaugen barnestasjon

På de siste møtene i helseopplysningsgruppene før sommeren 97 diskuterte brukerne hva slags ønsker de hadde for Enerhaugen barnestasjon fremover. Hvordan skulle tilbudet være for at de skulle synes det er bra og ville fortsette å bruke det?

Nedenfor er ønskene fra den somaliske og den pakistanske helseopplysningsgruppa oppsummert hver for seg. Ønskene er et bidrag til gruppeledernes planlegging av høstprogrammet.

⁷ Ukens statistikk 35 /97 fra SSB. Prosent arbeidsledige er prosent ledige i arbeidsstyrken i alderen 16-74. Arbeidsstyrken er summen av de som har jobb og de som har meldt seg ledige. Blant innvandrerkvinner er det antakelig store mørketall her, mange har ikke meldt seg ledige.

10.1 Planer for den somaliske gruppa høsten 97:

Gruppa ønsket å sette av to timer to ganger pr. uke til å møtes. Den ene gangen skulle brukes til trim.

⇒ Trim;

Kvinnene ønsket sterkt å kunne fortsette med trim i gymsalen på Tøyen skole. I tillegg til trim vil de trene på å gi hverandre massasje og undervise i egenundersøkelser av bryst. Kvinnene tar selv ansvar for denne aktiviteten.

⇒ Førstehjelpskurs;

Det er tatt kontakt med Røde Kors angående kurs.

⇒ Kokekurs;

Kvinnene ønsket både å lære å lage norsk mat og å lære bort. De bestemte å notere ned oppskrifter i løpet av sommeren 97. Oppskriftene ønsket de å næringsberegne som del av kokekurset. Planleggingen av kokekurset vil de organisere som arbeidsgruppe.

⇒ Seminar om ungdomsproblemer;

Kvinnene ønsket å lage seminar som fokuserer på problemer ved å vokse opp mellom to kulturer. Arbeidet vil de organisere som arbeidsgruppe.

⇒ Helseinformasjon;

Kvinnene ønsket informasjon om smittsomme sykdommer og tannhelse. De vil ta kontakt med smittevernkontoret og tannpleier.

10.2 Ønsker fra den pakistanske gruppa

De pakistanske gruppene har vært i virksomhet i lengre tid. Listen nedenfor har både med ting de ønsker skal fortsette, ting som kan forbedres og nye ting.

⇒ Organisering av grupper;

Kvinnene ønsket at både det felles helseopplysningsmøte, helseopplysningsgruppene og arbeidsgruppene skulle fortsette. Alle møteformene hadde en viktig funksjon for kvinnene. Helseopplysningsmøte og arbeidsgrupper var mest attraktivt å delta i, det siste i sær på grunn av belønningen. Når det gjaldt de felles helseopplysningsmøtene så var det et ønske om utvidelse av emner. I tillegg til helseinformasjon ønsket de innledere fra andre instanser som f.eks sosialkontor, barnevern og fra advokater. De ønsket også å få ny informasjon om ting som foregår og kunne diskutere dette. I forhold til innledere var det viktig at de snakket norsk og at det ble satt av god tid til diskusjon.

⇒ Barnepass;

Kvinnene var opptatt av å få til en barnepassordning som fungerer. Pass på omgang mellom kvinnene med betaling på kr. 10 pr. barn fungerte ikke av to grunner. Barna likte ikke å hele tiden bli passet av nye voksne. De som hadde flere barn hadde ikke råd til å benytte ordningen. Til slutt opphørte den av seg selv. Kvinnene etterspør organisert Åpen

barnehage. Inntil så skjer bør det være en fast person som passer barna. Tilbudet må være gratis.

⇒ Åpen barnehage;

Hvis de fleste barna har pakistansk bakgrunn ønsket de at den som ansettes også har det. Men, vedkommende må kunne godt norsk og kjenne til den norske kulturen slik at barna kan lære fra begge kulturene. Hvis barneflokket blir blandet må man ta hensyn til dette. Da kan det ansettes en med pakistansk bakgrunn hvis det blir flere ansatte. Tilbudet må være gratis.

⇒ Norskundervisning;

Kvinnene ønsket å bli bedre til å snakke norsk. De etterlyste undervisning i lokalene til Enerhaugen barnestasjon. Undervisningen må legge vekt på praktisering. I den sammenheng etterlyste de norske kvinner som brukere av Enerhaugen barnestasjon.

⇒ Kokekurs;

Kvinnene ønsket å holde kokekurs for andre og å lære å lage norsk mat selv.

⇒ Aktiviteter;

Kvinnene ønsket trening i forbindelse med gruppene. Treningen må være i lokalene til Enerhaugen barnestasjon .

Dessuten ønsket de utflukter til museum osv samt turer. Det var ønske om sykurs.

⇒ Belønning;

De fleste kvinnene ønsket belønning for å delta i gruppevirksomheten ved Enerhaugen barnestasjon. Belønningen vil være viktig for å synliggjøre at de gjør noe som er verdifullt. Samtidig vil det gi dem noe økonomisk råderett, som f.eks å ta barna med på tur ut av bydelen.

Både kvinner fra den somaliske og den pakistanske gruppa så for seg muligheten til å jobbe i den planlagte Åpne barnehagen knyttet til barnestasjonen.

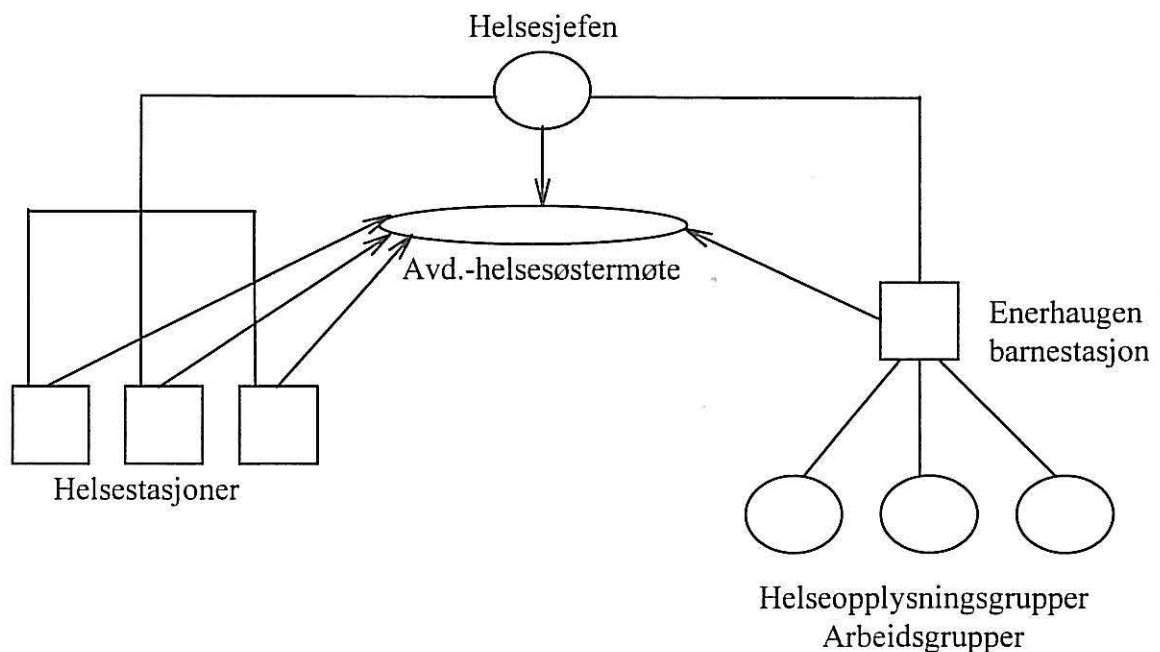
«Ønskelistene» viser at kvinnene ønsker å holde et høyt aktivitetsnivå og at de etterspør flere aktiviteter enn informasjon om helsefremmende arbeid. Dette vil det være viktig å gripe fatt i slik at interessen holdes oppe og at kvinnene får støtte i sin søken utover seg selv og egen sykdom. Ønskelisten er et uttrykk for at de mer og mer vil rå over seg selv og lære mer om familien i forhold til samfunnet. Ved at utviklingspotensialet holdes oppe og kvinnene trives på Enerhaugen barnestasjon, vil ryktet spre seg og inspirere flere kvinner til å oppsøke stedet.

11. Helsetjenestens syn på Enerhaugen barnestasjon og helseopplysningsgruppene

Forebyggende helseinformasjon er lovpålagt og tillagt bydelene. Bakgrunnen for prosjektet Primærmedisinsk verksted var at bydelshelsetjenesten hadde vanskeligheter med å nå fram med kunnskap og informasjon til deler av de rundt 30 % av befolkningen i Gamle Oslo som har etnisk minoritetsbakgrunn. Siden starten i 1994 har det derfor vært en hovedoppgave for prosjektet å prøve ut alternative former for helseinformasjon i den flerkulturelle bydelen. Prosjektet er planlagt avsluttet ved utgangen av 1997. Prosjektet Enerhaugen barnestasjon har foreløpig bare midler ut 1997.

Før prosjekter avsluttes er det ofte nyttig å spørre seg om hvordan det arbeidet som er gjort er forstått og forankret i det miljøet hvor det har ment å virke og sette spor. Hensikten med dette prosjektet har jo både vært å legge grunnlaget for en forbedring av livssituasjonen til målgruppen, og å gi innspill til endring i den etablerte helsetjenesten slik at tjenestestedene lykkes bedre i å nå hele befolkningen i bydelen.

Nedenfor er det tegnet et organisasjonskart over helsestasjonene i bydelen og Enerhaugen barnestasjon som er en forsøksstasjon. Felles møtepunkt er avd.helsesøstermøte.



Helsestasjonene og Enerhaugen barnestasjon har felles overordnet mål:
Sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid i forhold til barn og familier

Dette gjennomføres på ulike måter:

Helsestasjonene:

- faste kontroller
- vaksiner
- forebygging av barneulykker v.h.a
 - konsultasjoner
 - brosjyrer og plansjer
- video om førstehjelp
- råd til foreldre som del av faste kontroller og konsultasjoner
- åpen helsestasjon
- henvisninger
- tverrfaglig samarbeid, nettverksarbeid og psykososialt arbeid
- all informasjon på norsk hvis ikke bistand av tolk
- helsepersonalet har helseprofesjonell bakgrunn

Savner tokulturell kompetanse

Enerhaugen barnestasjon:

- oppsøkende virksomhet for å komme i kontakt med kvinner som har behov for tilbudet
- informasjon om norsk helsevesen og somatiske og psykososiale problemer i grupper hvor deltakerne kan snakke eget språk
- synliggjøring av innvandrerkvinnenes egen kunnskap og deres mestringsstrategier i forhold til helse
- fordypning i tema som deltakerne har spesiell interesse av å lære mer om
- gruppelederne har innvandrerbakgrunn og er uten formell helsefaglig kompetanse
- helsepersonell og profesjonelle med annen kompetanse underviser alle gruppeledere og interesserte brukere en gang i uka

Opparbeider tokulturell kompetanse

Ved helsestasjonene kjennetegnes arbeidet av å gi råd og informasjon og kople til andre instanser i forhold til den enkelte familie. Ved Enerhaugen barnestasjon er arbeidet helt avhengig av aktiv medvirkning og deltakelse fra interesserte brukere. All helseinformasjon foregår i grupper hvor dialog mellom brukere og gruppeledere er sentralt.

Interessante spørsmål her er i hvilken grad den etablerte helsetjenesten kjenner til hva som skjer ved Primærmedisinsk verksted og Enerhaugen barnestasjon og om de opplever dette som interessant i forhold til å utvikle eget arbeid. Det er også nyttig å få belyst på hvilken måte helsetjenesten som organisasjon ser evt. muligheter for å innlemme og forankre forsøksstasjonen i det alminnelige arbeidet. På det siste spørsmålet er det i alle fall fire hovedalternativer å ta stilling til:

- nedlegging av prosjektene ved forsøks slutt
- Enerhaugen barnestasjon fortsetter som forsøksprosjekt på midlertidige midler
- opplæring og innlemming av arbeidsmetodene i oppgaveløsningen ved de tre etablerte helsestasjonene
- etablering av Primærmedisinsk verksted og Enerhaugen barnestasjon som faste utviklingsenheter i bydelen med spesialoppgaver knyttet til kompetanseheving for å nå utsatte grupper med helseinformasjon

11.1 Forankring av Enerhaugen barnestasjon i bydelen

Enerhaugen barnestasjon ble lagt administrativt under helsesjefen 01.02.97. Fra bydelens side viste det vilje til å forsøke å knytte prosjektet nærmere de etablerte tjenestene. Det ga samtidig helsesjefen mer kontroll og innsyn i prosjektets aktiviteter, som øverste medisinsk faglig ansvarlige. Det administrative grepet åpnet for at prosjektleder kunne delta i de ukentlige avd.helsesøstermøtene. Formelt er det lagt en mulighet for utveksling av forventninger og erfaringer mellom forsøksprosjektet og helsestasjonene.

Enerhaugen barnestasjon drives med eksterne midler. For å lette arbeidssituasjonen ble barnestasjonen tilført ekstra midler fra kommunen kort tid etter den administrative omleggingen. Midlene var øremerkete psykiatrimidler og har gjort det mulig å starte opp delprosjektet med å forebygge psykososiale problemer. Når det gjelder fremtidig finansiering understreket helsesjefen at tiltaket fortsatt vil være avhengig av eksterne midler. Det var uvisst om det administrativt og politisk var vilje til å prioritere dette foran andre oppgaver i bydelen. Et viktig spørsmål i denne sammenheng er om de som bruker Enerhaugen barnestasjon er blant de dårligst stilte i bydelen som må prioriteres fremfor andre. Avd. helsesøstrenes inntrykk var at det er de mest ressurssterke som går dit.

Prosjektet var godt kjent i administrasjonen fordi det ofte hadde vært oppe til behandling på grunn av vanskelig økonomi. På tjenestestedene var kunnskapen om Primærmedisinsk verksted og Enerhaugen barnestasjon mer variabel. De intervjuede avd.helsesøstrene kunne opplyse at de selv aldri hadde innledet på de felles helseopplysningsmøtene eller hadde besøkt stedet. Andre ansatte ved helsestasjonene hadde imidlertid innledet på Enerhaugen barnestasjon.

Vurdering av Enerhaugen barnestasjon

Helsesjefen opplevde det som positivt at arbeidet ved Enerhaugen barnestasjon ble drevet i tråd med hvordan en bør drive helsefremmende tiltak, som handler om hvordan en kan bistå folk slik at de mestrer sin livssituasjon ut fra egne forutsetninger. Det ble hevdet at prosjektet var viktig for å prøve ut nye veier i det helsefremmende arbeidet. Det var et viktig verktøy for å hindre stagnasjon og for å kunne utvikle tjenestene til hele tiden å møte nye utfordringer. Gruppene og gruppelederne ble betraktet som gode supplement til tjenesteapparatet for å nå svakstilte. Blant annet av denne grunn ble det hevdet at det var viktig å ta vare på gruppelederne i det videre arbeidet.

På intervjutidspunktet ga avd.helsesøstrene uttrykk for å ha begrenset kunnskap om Enerhaugen barnestasjon. Sammen med prosjektleder for Primærmedisinsk verksted og tidligere planlegger i bydelen hadde de imidlertid hele tiden vært med på løpende ideplanlegging av prosjektet. Etter at prosjektet ble realisert hadde de derimot ikke hatt anledning til å følge det opp og sette seg inn i hvordan det fungerte. De to intervjuede avd.helsesøstrene hadde litt ulike oppfatninger av virksomheter. De ulike syns- anktene er referert nedenfor. Avd.helsesøstrenes betenkligheter var i hovedsak knyttet til spørsmål som har med forholdet mellom fagutdannede helsearbeidere og lekfolk samt til forholdet mellom ulike profesjoner.

Forhold som avd.helsesøstrene vurderte som **bra** ved prosjektet:

- vi har fått tilgang til en metode å forholde oss til pasientene på som har gjort oss bevisste på hvem som er eier av problemet
- når pasienter med innvandrerbakgrunn har fått informasjon på Enerhaugen barnestasjon, har de større mulighet til å skjønne hva vi (helsesøstrene) forsøker å formidle
- hvis Enerhaugen barnestasjon får flere kvinner med seg, vil flere kvinner i bydelen være mer bevisst på hva de skal spørre om på helsestasjonen
- det er bra at noen forsøker å gripe fatt i fotfolket og gjøre noe nytt
- det er bra at helseopplysningsgruppene og gruppelederne når fram til kvinner som kanskje ikke oppsøker helsestasjonen

Spørsmål fra avd.helsesøstrene til prosjektet:

- savn av struktur og mål som er skriftlig nedtegnet
- usikkerhet om det var satt opp krav til hva kvinnene måtte kunne for å bli gruppeledere
- usikkerhet knyttet til om de som har mest behov for helseinformasjon får det i kontrollerte former slik at det ikke blir gitt feilinformasjon
- usikkerhet om gruppelederne hadde kompetanse i det de formidlet
- fravær av helsesøster på Enerhaugen barnestasjon

Muligheter framover

I forhold til målet med helseopplysningsgruppene som bl.a dreide seg om *å løfte fram innvandrernes egen kunnskap og mestringsstrategier når det gjelder helsespørsmål* kom det fram lignende synspunkter fra de intervjuede avd. helsesøstrene.

Avd. helsesøstrene hevdet at det var skjedd en enorm forandring i kontakten med innvandrerbefolkningen siden begynnelsen på 80-tallet. Det ble sagt at *«nå går det ikke lenger an å hevde at de ikke vet. Nå er det mange gode eksempler. Vår oppgave i det helsefremmende arbeidet er bl.a å finne ut av hvordan vi kan bistå dem til å ta vare på de gode tingene i eget kosthold og bare ta det de behøver herfra»*.

En annen uttalelse fokuserte på de norske helsearbeidernes behov for opplæring i transkulturell formidling: *«Vi må læres opp vi også i hvordan vi skal kunne formidle til mennesker med en annen virkelighetsforståelse»*.

I de videre diskusjonene i bydelsadministrasjonen om Primærmedisinsk verksteds og Enerhaugen barnestasjons fremtid, vil det være vesentlig å forsøke og avklare hva som forstås med informasjon, formidling og kommunikasjon og hva bydelsadministrasjonen ønsker med hensyn på innvandrerbefolkningen. I et brukermedvirkningsperspektiv vil det være vesensforskjell om man satser på informasjon og formidling eller om man også ønsker kommunikasjon. Det er først når man fokuserer på kommunikasjon at man inviterer til *aktiv og gjensidig deltakelse*. Da kan det legges til rette for at innvandrerbefolkningens kunnskap blir trukket fram som likeverdig og nødvendig for å lykkes med det flerkulturelle helsefremmende arbeidet.

Avd. helsesøstrene hadde foreløpig tenkt lite på hvordan de kunne dra nytte av prosjekterfaringene fra Enerhaugen barnestasjon. Til det kjente de prosjektet for dårlig. De kunne imidlertid tenke seg at Enerhaugen barnestasjon kunne supplere og støtte opp om det arbeidet helsestasjonene utfører. Dersom en tenkte seg at gruppelederne skulle erstatte arbeid som i dag er pålagt helsestasjonene, ville det imidlertid kreve at de fikk helsefaglig utdanning. Det kom fram løse tanker om at gruppelederne kanskje kunne brukes på helsestasjonene, men det ville være avhengig av ekstra ressurser, tid og lokaler.

De hadde også tanker om at Enerhaugen barnestasjon på sikt kunne utvikle metoder som etterhvert kunne komme de andre helsestasjonene til gode. De opplevde imidlertid at metodene var såpass tidkrevende at de ville være vanskelig å innpasse innenfor dagens pressede arbeidssituasjon. Ved mere ressurser og færre klienter kunne helsestasjonene derimot ta i bruk alternative metoder for å nå fram med råd, veiledning og støtte.

Helsesjefen så på sin side gjerne at Enerhaugen barnestasjon ble en fjerde helsestasjon i bydelen med spesialoppgaver, i tråd med prosjektbeskrivelsen. Enerhaugen barnestasjon kunne fortsette å utvikle gruppeledere og grupper. De andre helsestasjonene kunne henvise familier, kvinner og barn som hadde behov for mer oppfølging. Tatt i betraktning av at det fødes svært mange barn i bydelen, ble dette sett på som et godt alternativ for å kunne følge opp mor og barn.

Da ansvaret for gruppelederne er overført til Enerhaugen barnestasjon var det dette prosjektet som ble fokusert i intervjuene med helsetjenesten. Hva som skal skje videre med utviklingsarbeidet ved Primærmedisinsk verksted ble ikke diskutert.

12. Oppsummering

I oppsummeringen er det valgt å trekke fram tre forhold som oppleves som sentrale. Det handler om i hvilken grad Enerhaugen barnestasjon har utviklet seg i retning av arena for fellesskap og integrering, om dilemmaer i forhold til gruppelederne og om utfordringer og veivalg prosjektet står overfor i det videre arbeidet med gruppeledere.

12.1 Enerhaugen barnestasjon

Et delmål for Enerhaugen barnestasjon er å utvikle fellesskap og legge til rette for integrering for å fange opp utsatte grupper. Gruppelederne har vært viktige brikker for å nå denne målsetningen. De har vært viktige i forhold til å skape et fellesskap ved Enerhaugen barnestasjon. Gruppelederne er et eksempel på at fellesskap i egen gruppe kan bidra til at den enkelte involverer seg på andre samfunnsområder.

Arena for fellesskap

I målsettingen for Enerhaugen barnestasjon står det at stedet skal være en arena for fellesskap og integrering i forhold til å fange opp utsatte grupper. Slik bildet ser ut våren 97, etter et halvt års drift, kan det virke som barnestasjonen er i ferd med å bygge opp en slik funksjon. Prosjektleder rapporterer at stadig flere nye kvinnene oppsøker stedet. En av gruppelederne

opplever stedet som en arena hvor kvinner med minoritetsbakgrunn kan diskutere kulturtradisjoner og brytninger f.eks i forhold til ekteskapstradisjoner. For de kvinnene som deltar virker det som stedet har blitt en trygg arena hvor de kan hente informasjon om det norske samfunnet og diskutere det åpent i forhold til eget ståsted.

Arena for integrering mellom etniske grupper

Slik barnestasjonen har fungert foreløpig er det vanskelig å si at stedet har blitt en arena for integrering mellom majoritets- og minoritetsbefolkning. Våren 1997 er stedet preget av pakistansk dominans. Dette bemerkes som negativt av endel av kvinnene med pakistansk bakgrunn men særlig av dem som har annen bakgrunn. De opplevde at det tok tid før de andre snakket med dem, fordi de bare snakket på urdu seg i mellom. Den pakistanske dominansen bidrar til å holde andre borte, ikke fordi de er pakistanske, men fordi de snakker eget språk seg i mellom. Dette ble forsterket av at flere av de midlertidig ansatte i Primærmedisinsk verksted og på Enerhaugen barnestasjon også hadde pakistansk bakgrunn. Fra de med annen nasjonalitetsbakgrunn ble det etterlyst større variasjon her, da ville det bli lettere å drive grupper med annen nasjonalitetsbakgrunn. Etter at intervjuene var gjennomført, i juni 97 ble det tilsatt en norsk prosjektmedarbeider. Dersom barnestasjonen skal trekke til seg kvinner fra andre nasjonalitetsgrupper, deriblant norske, vil det kreve at fellesspråket etterhvert blir norsk. Virksomheten bør forsette med nasjonale grupper, men det må være et mål at det snakkes mer norsk i fellesarealene.

Den pakistanske dominansen kan også betraktes i et annet perspektiv. Ved å «tillate» denne gruppa å dominere, har en oppnådd å skape et miljø som tiltrekker seg kvinner med pakistansk bakgrunn. Den pakistanske befolkningen er den største blant minoritetsgruppene i bydelen og det er kjent at i sær voksne kvinner av førstegenerasjon har få arenaer å oppsøke utover moskeen. Det er også kjent at denne gruppa, til tross for lang tid i Norge, er blant de mest isolerte blant innvandrerbefolkningen. I det videre arbeidet med å utvikle Enerhaugen barnestasjon bør en derfor kanskje spørre seg hvordan det kan være mulig å beholde og videreutvikle det pakistanske miljøet samtidig som det legges til rette for å slippe andre grupper til?

Integrering i forhold til arbeid og lokalsamfunn

Integrering diskuteres ofte i forhold til arbeidsliv og lokalsamfunn. Når det gjelder arbeidsliv ser det ut til at Primærmedisinsk verksted/Enerhaugen barnestasjon har bidratt til at flere av kvinnene har blitt integrert i det lokale arbeidsmarkedet. Tilgangen til lønn kan også bidra til at de etterhvert blir mer integrert gjennom forbruk.

Prosjektet har vært et første skritt for å delta i lokalsamfunnet, selv om deltakelsen på denne arenaen foreløpig er lav. Bare noen få deltar f.eks på foreldremøter på skolen og i barnehagen, mens flere har deltatt på konferansetimer. Bare en har deltatt selv på dugnad i borettslaget mens flere av barna har vært med. To rapporterte at de inni mellom satt ute i felles gårdsrom. De andre holdt seg inne. Ingen deltok i lokale organisasjoner utover moskeen. Som nevnt tidligere har to deltatt på åpen kulturfest i egen bydel og en har stått fram i avisen om SFO-ordningen. I vurderingen av lokal deltakelse er det viktig å være klar over at heller ikke etniske nordmenn deltar mye lokalt. I byområder hvor det bor en høy andel beboere med innvandrerbakgrunn, har det imidlertid vist seg at de har relativt mye venne- og familiekontakt (Nordahl, 1996).

Tilbud til de svakeste?

Mange vil etterlyse om tilbudet når de svakest stilte blant minoritetsbefolkningen og grupper som tjenesteapparatet ikke når. Dette er det vanskelig å svare på. Tjenesteapparatet har selv ingen oversikt over hvem og hvor store disse gruppene er. Det er imidlertid sikkert at tilbudet når mange som lever i en utsatt situasjon og som kunne fått en vanskeligere psykisk situasjon dersom de ikke hadde hatt denne arenaen å ty til for å komme inn i meningsfulle sosiale nettverk. Indirekte når tilbudet også noen av de kvinnene i bydelen som lever isolert i sine hjem og sjelden eller aldri går ut. Disse blir oppsøkt av andre kvinner og får formidlet mye av den informasjonen som tilbys ved barnestasjonen. De får samtidig anledning til å snakke med noen om sin livssituasjon og sine vanskeligheter. Som nevnt tidligere formidler gruppelederne informasjon om hva de lærer uformelt til familie, venner og bekjente. På denne måten når tilbudet ved Enerhaugen barnestasjon lenger enn til de som selv aktivt bruker stedet.

12.2 Dilemmaer i forhold til gruppelederne

Prosjektleder for Enerhaugen barnestasjon har hevdet at gruppelederne er «bærebjelken» i prosjektet. Slik prosjektet er lagt opp, kan en hevde at prosjektets vellykkethet på mange måter vil stå og falle på om en lykkes med å legge til rette for det, slik at gruppelederne opplever seg som og blir akseptert som sentrale aktører for den videre utviklingen av prosjektet. Hvordan det skal skje må diskuteres videre i bydelen, i prosjektet og med gruppelederne. Dette er spesielt viktig når flere av de rutinerte gruppelederne har fått jobb annet sted.

Lek eller lærd?

Det er noen spørsmål som en etterhvert bør forholde seg til når det gjelder utvikling av gruppeledelse ved Enerhaugen barnestasjon. Hvor «profesjonelle» vil det være behov for at gruppelederne blir og på hvilken måte? Hvilken type oppgaver kan en forvente at de utvikler, etterspør eller blir etterspurt til? Disse spørsmålene vil være vesentlige så fremt gruppelederne vurderes som nødvendige for å sette i verk og videreføre det metodiske grepet som er utviklet. Det er to ytterpunkter for hvordan gruppelederrollen kan utvikles fremover. For det første kan en forvente at fagutdannede innenfor helsetjenesten kan «kreve» at gruppelederrollen profesjonaliseres i helsefaglig retning. Det kan bli stilt krav om sertifisering for å sikre at rett informasjon blir formidlet. Dette er et spor hvor gruppelederrollen profesjonaliseres og kan fungere som et press i retning av at gruppelederne må ta formell utdanning. Det kan også fungere som en normaliseringsprosess av gruppeledere med innvandrerbakgrunn. De blir sluset inn i det eksisterende systemet og går inn i etablerte roller. Det som var nyskapende og annerledes og som fikk andre kvinner med innvandrerbakgrunn til å ta del i helsefremmende aktivitet kan bli tonet ned eller forsvinne. En positiv effekt av en slik utvikling vil være at helsetjenesten i bydelen får flere ansatte med innvandrerbakgrunn.

Et alternativt spor vil være ta vare på den egenarten som er utviklet. Så langt har det metodiske grepet som har inkludert lekfolk med innvandrerbakgrunn som gruppeledere, vist seg vellykket i forhold til å kunne *hente fram* kompetanse om innvandreres forståelse av og kunnskaper om helse / sykdom. Kunnskapen har bygget opp om deltakernes integritet, og har på den måten hatt en helsefremmende effekt. Den synliggjorte erfaringskunnskapen har til en viss grad blitt formidlet tilbake til helsefaglig miljø for at det som oppleves som nyttig kan

inkluderes der. Satsingen på lekfolk med innvandrerbakgrunn som gruppeledere har vist seg vellykket i forhold til å inspirere og rekruttere andre fra samme miljø til helsefremmende aktivitet.

En slik modell som legger vekt på å anerkjenne menneskenes erfaringskunnskap vil kunne åpne for en mer folkelig, hverdagslig kunnskap om helse som folk kan forvalte selv. Dette gjelder uavhengig av etnisk tilhørighet, men vil ha særlig betydning for mennesker som tilhører minoritetsgrupper. Ved å anerkjenne enkeltmenneskets erfaringskunnskap vil en samtidig anerkjenne personen som likeverdig til tross for ulikheter.

De «sterke eller de svake» - hvem skal det satses på?

I det videre arbeidet med gruppeledere må en forholde seg til hva slags strategi en skal ha for utvelgelse. Skal det være utvelgelse eller skal alle som ønsker det og som klarer å danne grupper få denne muligheten? Erfaringene så langt har vist at utvelgelsen har skjedd nedenfra gjennom en naturlig prosess. Tillit og anerkjennelse fra prosjektleder har antakelig bidratt til at gruppelederne har påtatt seg og mestret oppgaven.

På den annen side er det klart at gruppelederne har ulike forutsetninger for å lykkes med ulike oppgaver. Hvis en tenker seg at f.eks andre tjenestesteder i bydelen vil etterspørre gruppelederne til å utføre oppgaver, kreves det at de mestrer ulike arbeidssituasjoner. Dette må det tas høyde for i den videre opplæringen av gruppelederne. En kan også tenke seg at noen som har vist seg egnet får flere utfordrende oppgaver enn andre.

Ved å utvikle en gruppe med dyktige og forskjellige gruppeledere kan bydelen opparbeide kompetanse for å nå fram til grupper blant innvandrerbefolkningen som det kan være vanskelig for den etablerte helsetjenesten å nå.

Gruppeledelse oppleves som meningsfullt, men kvinnene trenger penger

Gruppelederne som deltakerne i gruppene, er nesten alle opptatt av at de trenger å tjene penger for å ta del i velstandsutviklingen. Flere av dem som har fått jobb og også de andre vil imidlertid svært gjerne fortsette som gruppeledere. Noen kan tenke seg å fortsette med helseopplysningsgrupper, mens andre har behov for å avansere og bli ledere for arbeidsgrupper. De trenger nye utfordringer for å kunne utvikle seg videre. Bare en vil ikke fortsette som gruppeleder, hun vil ha jobb.

En del av de som har fått jobb opplever imidlertid et dilemma. Jobbene de har fått er ikke utviklende på samme måte som det å være gruppeleder i Primærmedisinsk verksted / Enerhaugen barnestasjon. De ønsker å fortsette med meningsfulle oppgaver hvor de selv spiller en aktiv rolle. De har imidlertid ikke økonomiske muligheter til å jobbe delvis frivillig med liten eller ingen inntekt. Dersom disse gruppelederne skal tilbake til Enerhaugen barnestasjon vil det kreve at barnestasjonen fortsetter å utvikle tilbudet slik at kvinnene får utfordrende oppgaver som bidrar til læring. Tilbudet må være «konkurransedyktig» i forhold til andre prioriteringer. Å delta må gi kvinnene *mer* enn å ikke delta. Dette gjelder både materielt i form av økonomisk godtgjøring og innholdsmessig.

Opplæring og erfaring som gruppeleder har vist seg å kvalifisere til arbeidsmarkedet og endel av gruppelederne har forsvunnet til lønnete jobber. Det gir prosjektet delvis karakter av å være et kompetanseprosjekt med mål om integrering på arbeidsmarkedet mer enn et

helsefaglig prosjekt. Utfordringen fremover blir å finne en balanse her hvor den helsefaglige kompetansen som utvikles blir ivaretatt i det helsefremmende arbeidet.

Frivillig - eller lønnet?

Frivillighetstankegangen i vesten stammer delvis fra tidligere tiders veldedighetsarbeid. Særlig kvinner fra borgerskapet engasjerte seg i dette. De gikk ut for å hjelpe de fattige. Innenfor arbeiderklassen hjalp man hverandre. I dag forsøkes det å formidle denne ideologien til hele folket, bl. a fordi en har erfart at det offentlige alene ikke klarer å løse alle helse- og sosialproblem. Det er i sær på området som handler om å ha en meningsfull tilværelse at de frivillige kommer inn samt til praktisk hjelp. Uten å vite for mye om konteksten kan det på overflaten synes som dette er en god ideologi i forhold til helsefremmende arbeid blant etniske minoriteter. I dette tilfelle handler det imidlertid om mennesker hvor flere er fattige og som har gått inn i arbeidet ved Primærmedisinsk verksted/Enerhaugen barnestasjon bl.a for å forbedre sin levestandard.

Det er en illusjon å tro at man kan beholde gruppelederne som frivillige, «naturlige hjelpere» over lang tid, dersom de har mulighet til å skaffe seg jobb. Dersom bydelen ønsker å benytte gruppelederne i sitt forebyggende helsearbeid, må det finnes fram til akseptable arbeids- og lønnsforhold.

Nasjonale eller internasjonale helseopplysningsgrupper - ulike utfordringer for gruppelederne

Det ser ut til at det har vært lettere å drive nasjonale enn internasjonale grupper. Dette hadde antakelig sammenheng med at kvinnene i gruppene følte fellesskap i forhold til bakgrunn og trygghet i forhold til språk og religion. Ting de diskuterte har vært forstått i forhold til den felles fortiden i hjemlandet. De hadde lignende måte å forstå og forholde seg til sykdom og helse på og kunne utforske tema i dybden i støttende omgivelser.

I de internasjonale gruppene hadde ikke kvinnene lik bakgrunn. Likheten var knyttet til at de ikke var norske, at de levde i eksil, som utlendinger i et land hvor det er vanskelig å få innpass i det sosiale livet og på arbeidsmarkedet. Andre likhetspunkt var at kvinnene kunne befinne seg samme livsfase i forhold til barn. Når det gjaldt utdanning og forhold til f.eks religion var det større forskjeller. Kvinnene i disse gruppene var avhengige av å kunne snakke norsk for å forstå hverandre. En måtte regne med at deltakerne kunne ha ulik forståelse av helse og sykdom. I diskusjonene mellom gruppedeltakerne lå det kanskje mer åpent for utveksling av erfaringer og bytte av kunnskap enn for utforskning av tema.

Det bør vurderes om det er behov for ulike typer egenskaper hos gruppeledere i nasjonale og internasjonale grupper. Det er særlig tre forhold som får konsekvenser for gruppeledelsen;

- språk
- rekruttering
- evne til å forstå andre og kommunisere på tvers av grupper

I de internasjonale gruppene må gruppeleder kunne snakke og forstå forholdsvis godt norsk. I de nasjonale gruppene vil det være en fordel å forstå norsk, men gruppene kan drives på originalspråket. Når det gjelder rekruttering av deltakere er det store forskjeller. Det viser seg at det er lite nettverk på tvers av nasjonalitetsgrupper. Det er derfor vanskelig for en gruppeleder å rekruttere på tvers av grupper. I en del nasjonale grupper er det i tillegg splittet

miljø og vanskelig å rekruttere gjennom nettverk. For å bøte på mangelen på kjente nettverk vil det være en fordel å kjenne til og kunne benytte andre kanaler, såfremt det ikke er tilstrekkelig med kvinner som har oppsøkt Enerhaugen barnestasjon på egen hånd eller blitt henvist fra andre. Gruppelederne i de internasjonale gruppene bør ha en fordomsfri innstilling til andre religioner og tradisjoner, slik at hun er i stand til å vise respekt og hente ut og kommunisere rundt erfaringer og synspunkter fra kvinner med ulik bakgrunn. Da det startet ny internasjonal gruppe våren 97 tok prosjektlederne ansvar for denne, bl.a for å kunne drive gruppa på norsk og ikke favorisere noen etniske grupper framfor andre.

Alltid to ledere av helseopplysningsgrupper

På bakgrunn av erfaringene så langt kan det virke som helseopplysningsgruppene bør fortsette med to gruppeledere som hovedregel. Dette vil gjøre arbeidet i gruppene mindre sårbart:

- Utfyllende kunnskaper og kvaliteter;
Som evalueringen har vist så har flere av gruppelederne opplevd at de har utfyllt hverandre i forhold til kunnskap og i forhold til egenskaper som er nyttige å ha som gruppeleder. Det gjør også lederrollen mindre ensom og sårbar når man er to som kan diskutere reaksjoner på egen rolle og andre vanskelige spørsmål som kommer opp i gruppene.
- Sikre forståelse av helsefaglige tema;
To gruppeledere kan til en viss grad være en forsikring om at tema på de felles helseopplysningsmøtene blir gått igjennom og diskutert *før* de blir diskutert i helseopplysningsgruppene. Så langt har det bidratt til at en del har spurt prosjektleder om ting de ikke har skjont *før* møter i egen gruppe.
- Sikre kontinuitet;
Hvis en blir syk behøver ikke møtene avlyses. Hvis en må slutte som gruppeleder kan en ny rekrutteres samtidig som etablerte relasjoner blir vedlikeholdt. Det sosiale miljøet i gruppa brytes ikke opp men fornyes.
- Sikre opplæring av nye gruppeledere;
Dersom virksomheten vokser bør en på sikt vurdere å sette sammen en rutinert og en ny gruppeleder slik at denne kan læres opp.
- Sikre etnisk mangfold i internasjonale grupper;
Så langt det er mulig bør det bestrebes å engasjere gruppeledere med ulik etnisk bakgrunn i de internasjonale gruppene. Det kan på sikt bidra til mer åpenhet og kontakt mellom de ulike etniske miljøene på Enerhaugen barnestasjon.

12.3 utfordringer for arbeidet fremover

Så langt har det vist seg nyttig å satse på praktiske aktiviteter for å fremme initiativ og hente fram nyttig erfaringskunnskap som kan gagne det helsefremmende arbeidet. Praktiske utfordringer hentet fram og synliggjorde gruppelederkompetansen. Dette er en erfaring som bør påvirke det videre arbeidet. Som bærebjelker i prosjektet vil det framover være vesentlig å *lytte* til gruppelederne for å få innspill til hvilke muligheter de ser for det videre arbeidet.

Formidling av helseinformasjon gjennom praktisk aktivitet

På initiativ fra deltakerne i Primærmedisinsk verksted tilrettela prosjektleder for kokekurs i pakistansk og indisk matlaging. Gjennom dette ble kvinnene motivert til å lære mer om ernæring og det førte til positive endringer i kostholdet. Kvinnene har etterlyst anledning til å fortsette og utvikle kokekursvirksomheten. Der får de på en og samme tid vist sine

ferdigheter, de får kunnskap om ernæring, de får praktisert norsk og de får kontakter med norske. Som en del av denne virksomheten ønsker de å lære å lage norsk hverdagsmat.

Det er også kommet ønsker om sykurs. Mange av kvinnene kan sy. Gjennom sykurs kan de få utviklet dette videre, de kan lære om tekstilbruk i norsk klima og hva slags klær som er hensiktsmessig knyttet til de forskjellige årstidene og til forskjellig aktivitet. Det kan for eksempel koples til turgruppa. På en slik direkte måte kan de få utvekslet erfaringer og få nye innspill til påkledningens betydning for helsa i norsk klima.

Det har vist seg at kvinnene opplever det som meningsfylt å arbeide med praktiske aktiviteter som tar utgangspunkt i deres erfaringer og ferdigheter. Denne tilnæringsmåten bør styrkes i det videre helsefremmende arbeidet. Ved siden av å produsere noe som er nyttig for dem selv og andre, har det i høy grad bidratt til å fremme den psykiske helsa hos deltakerne ved at kvinnene fått synliggjort sine ferdigheter for seg selv og for andre. Sammen med den pedagogiske fremgangsmåten som har stilt kvinnene i sentrum, har dette gitt selvtillit, noe som er nødvendig i forhold til å bryte grenser og bevege seg inn på nye områder som f.eks gruppeledelse.

De «naturlige hjelperne» på utleie til tjenestestedene?

Det er et inntrykk at gruppevirksomheten og gruppelederne langsomt begynner å bli interessante for helsetjenestene i bydelen. En ser muligheter for å kunne engasjere gruppelederne direkte på andre tjenestesteder. Dette er positivt. I tillegg bør helsetjenestene spørre seg selv og de «naturlige hjelperne» om det er noe de kan lære bort som kan bidra til at tjenestestedene kan gjøre en bedre jobb i møte med pasienter fra ulike etniske minoritetsgrupper. En bør spørre seg om hvordan de «naturlige hjelperne» og ansatte i helsetjenesten i bydelen på sikt kan samarbeide mer om det forebyggende arbeidet.

Enerhaugen barnestasjon som prosjekt - usikker framtid

Enerhaugen barnestasjon er prosjektfinansiert og arbeider i forhold til å skape og opprettholde kontakt og tillit i innvandrer miljøene i bydelen. Dette er tidkrevende arbeid. For ikke å sløse bort den kompetansen som er bygget opp og ta vare på de kontaktene som er etablert, bør det vurderes om barnestasjonen kan sikres mer langsiktig finansiering. Dette vil samtidig lette prosjektplanleggingen slik at ressursene kan bli mest mulig effektivt utnyttet. Det kan også bidra til at andre tjenestesteder blir mer motivert for å samarbeide med prosjektet og gruppelederne dersom det har en viss permanens over seg.

Behov for å avklare forholdet ansatte - gruppeledere

Enerhaugen barnestasjon har vært i drift i snart et år og i egne lokaler i et drøyt halvår. Intensjonene og forventningene til prosjektet er store. Prosjektet er allerede omfattende og sikter mot å utvide virksomheten.

I denne sammenheng bør forholdet mellom gruppelederne og prosjektleder /ansatte avklares med hensyn på innflytelse, ansvars- og arbeidsfordeling.

Behov for team med flerspråklige gruppeledere

Prosjektleder opplever behov for større kapasitet på personellsiden for å kunne utvikle barnestasjonen i tråd med prosjektbeskrivelsen. En sentral oppgave er utvikling av «naturlige hjelpere» blant innbyggere med minoritetsbakgrunn. For at dette skal fungere vil det være

nødvendig at nyansatte og gruppeledere tilsammen behersker flere av de språkene som er representert blant brukerne av Enerhaugen barnestasjon. Særlig for å rekruttere nye, og ikke alltid norsktalende, kvinner fra flere etniske grupper vil dette være viktig. For å nå de svakeste blant innvandrerbefolkningen vil det være nødvendig at Enerhaugen barnestasjon har folk som kan kommunisere direkte med de som møter opp eller som blir oppsøkt.

Behov for større lokaler

Enerhaugen barnestasjon har i dag fine lokaler i Smedgata 49. De er imidlertid ikke store nok til å romme vesentlig økning i aktiviteten. Økt gruppevirksomhet, tilbud til barn og installering av kjøkken til kokekurs vil sprengte den fysiske kapasiteten.

Gruppeledernes framtid på Enerhaugen barnestasjon

Det er tanker i bydelen om hvordan Enerhaugen barnestasjon kan gå inn og bli en fjerde helsestasjon. Dette kan være en riktig vei å gå, men behøver det ikke. For at en skal kunne dra nytte av det spesielle ved barnestasjonen, nemlig gruppene og de «naturlige hjelperne» som i dag fungerer som gruppeledere og helseformidlere, vil det være viktig å være aktpågivende i forhold til disse kvinnene. Som prosjektleder for Primærmedisinsk verksted ofte har uttalt, *«man må ikke gå fram fortere enn pasienten»*, i vårt tilfelle gruppelederne. Og, man må lytte til dem for å få kunnskap om hva de mener er viktig og mulig å gjøre av helsefremmende arbeid blant innvandrerbefolkningen. Og ikke minst, man må finne ut av på hvilke premisser gruppelederne er interessert i å følge opp utviklingen ved Enerhaugen barnestasjon?

Barnestasjon, helsestasjon, kvinnestasjon?

Enerhaugen barnestasjon skal være et utviklingsprosjekt med kombinert helsestasjon, åpen barnehage med språkstimulering og arbeid med danning av nettverksgrupper for ernæring og barnestell (fra prosjektbeskrivelsen). Så langt har prosjektet vært en vellykket kvinnestasjon. Det er skapt en betydningsfull arena for gjensidig læring og sosial kontakt mellom kvinner med minoritetsbakgrunn og mellom disse kvinnene og helsearbeidere. Det er skapt en viktig lokal arena for synliggjøring av initiativ og lederkompetanse blant kvinner med innvandrerbakgrunn.

Men prosjektet har foreløpig ikke tatt skrittet over i helsestasjon og åpen barnehage. I den videre planleggingen og finansieringen bør det tas høyde for å utvide virksomheten til også å omfatte disse to tiltakene. Det er skapt forventninger om dette i innvandremiljøet.

Litteraturliste

- Aambø Arild (1997): «*Selvhjelpsgrupper i Gamle Oslo - erfaringer gjennom veiledning av gruppeledere*». Under publisering i Linjer.
- Adize, Ichak (1980): «*Lederens fallgruver*». Hjemmet Fagpresseforlaget, Oslo
- Antonovsky Aaron (1987): «*Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*». Jossey-Bass, San Francisco.
- Babayan, Caroline (1997): «*Et liv før døden*». Video. Produsent; Kaleidoscope, Oslo.
- Bakke, Kari og Søholt, Susanne (1996): «Kommunikativ kompetanse i praksis. En evaluering av Primærmedisinsk verksteds opplæring av helsearbeidere.» Byggforsknotat 18, Norges byggforskningsinstitutt. Oslo.
- Berg, Ole (1989): *Praksis og Poiesis*. Upublisert.
- Dahl Stang, Tove (1992): «*Den muslimske familie - en undersøkelse av kvinners rett i islam*» Universitetsforlaget. Oslo.
- Grøholt, Per (1987): «*Bevisst ledelse, prinsipper og verktøy for utvikling av egen ledelsesteori*». Bedriftsøkonomenes Forlag A/S. Oslo.
- Hylland Eriksen, Thomas og Arntsen Sørheim, Torunn (1994): «*Kulturforskjeller i praksis. Perspektiver på det flerkulturelle Norge*.» Ad Notam. Oslo.
- Kompetansesenteret i fysioterapi; prosjektbeskrivelse: «*Svangerskapsrelaterte rygg/bekkenmerter som mulig bio-kulturelt fenomen hos norske og pakistanske kvinner*.» Udatert.
- Munson, Charles og Zuckermann, Howard (1983): «*The Managerial Role*». New York.
- Nordahl, Berit (1996): «*Sosiale relasjoner mellom beboere - formell og uformell samhandling*.» Byggforskrapport 199, Norges byggforskningsinstitutt. Oslo.
- NOU 1991:10 «*Flere gode leveår for alle*».
- Schjander, Nils (1987): «*Hvis jeg bare var en bedre sjef*». Hjemmet. Oslo.
- Spitz og Rosecan (1987): Cocaine abuse: New directions in treatment and research, i Ambø, (1997): «*Selvhjelpsgrupper i Gamle Oslo - erfaringer gjennom veiledning av gruppeledere*». Under publisering i Linjer.
- St.meld.nr. 16: (1993-1994) «*Lat ikke graset gro att mellom grannar - om videreføring av arbeidet med frivillighetssentraler*».
- St.meld.nr. 17: (1996-97) «*Om innvandring og det flerkulturelle Norge*».
- Søholt, Susanne (1993): «*Det muligens kunst*» - en undersøkelse av prosjektlederrollen i statlig forsøksvirksomhet på nærmiljøområdet». Norges byggforskningsinstitutt. Oslo.
- Søholt, Susanne (1996): «*Primærmedisinsk verksted. Kartlegging av erfaringer med en pakistansk/norsk helseopplysningsgruppe*.» Byggforsknotat 1, Norges byggforskningsinstitutt. Oslo.
- Sørheim Arntsen, Torunn (1996): «Tøffere å være innvandrerpatient» i *Sykepleien nr 1*. Oslo.
- Werner, David (1993): «*Where there is no doctor*», *A Village Health Care Handbook*. The Macmillan Press Ltd. London and Basingstoke.

Dokumenter fra Primærmedisinsk verksted og Enerhaugen barnestasjon :

- Prosjektbeskrivelse for Enerhaugen barnestasjon.
- Referater fra møter i helseopplysningsgruppene i Primærmedisinsk verksted og Enerhaugen barnestasjon 1996 og 1997.
- Referater fra møter i veiledningsgruppene i Primærmedisinsk verksted og Enerhaugen barnestasjon 1996 og 1997.
- Referater fra møter i arbeidsgruppene i Enerhaugen barnestasjon 1997.

Tilgjengelig materiale fra Primærmedisinsk verksted og Enerhaugen barnestasjon

- Prosjektbeskrivelse, *Prosjekt Enerhaugen barnestasjon*. Et samarbeidsprosjekt mellom helseavdelingen, kulturavdelingen og Primærmedisinsk verksted i bydel 6.
- *Bekkensmerter i et migrasjonsperspektiv*, -rapport fra en arbeidsgruppe med pakistanske kvinner vinter / vår 1997. Av Eli Heiberg, Nanna Bjørnstad og Madhu Sharma utgitt av kompetansesenteret i fysioterapi.
- *Øm, kjærlig omsorg* - rapport fra en arbeidsgruppe om baby-massasje. Av Tahira Iqbal og Arild Aambø, 1997
- Brosjyre om turmuligheter i Oslo området, 1996
- Rapport fra Primærmedisinsk verksted våren 1997

Vedlegg 1:

Intervjuguide gruppeledere

1. Hvor mange og hva slags grupper har du hatt. Hva slags gruppe har du nå?
2. Hvor mange deltakere er det i gruppa /ene din/e?
3. Hvor ofte er det møte i gruppa? og hvor lenge varer hvert møte?
4. Hvordan har du fått med de som er i gruppa? Hva sa du for å få dem med?
5. Fortell meg hva du gjør som gruppeleder? Hva må du gjøre, ordne på forhånd, hva gjør du i gruppa? Etterarbeid?
6. Hva gjør hun du jobber sammen med?
7. Hvordan fordeler dere arbeidet?
8. Hva er din gruppe opptatt av at dere skal snakke om/gjøre?
9. Hva er du opptatt av at gruppa skal gjøre?
10. Hva forventer du av de andre?
11. Hva liker du ved å være gruppeleder? (hva får du igjen)
12. Har du lært noe hjemme som hjelper deg til å være gruppeleder?
13. Er det forskjell på når du føler at du får det til og ikke får det til? Vet du hva du gjør når du får det til, ikke får det til? Gjør du ting forskjellig?
14. Er det noe som er vanskelig?
15. Har du tenkt på /har dere snakket om hva som kan gjøre det mindre vanskelig?
16. Hva betyr veiledningen for deg som gruppeleder?
17. Er det noe du savner som kunne gjort det lettere eller mer spennende å være gruppeleder?
18. Hvis du skulle plassere deg på en skala mellom 1 og 10 hvor 1 står for hvordan det var å være leder på 1.møte og 10 for at du i dag er helt fornøyd, hvor befinner du deg da?
19. Hva har hjulpet til å bevege deg oppover skalaen?
20. Hva er dine gode trekk som leder?
21. Kan du gi meg noen gode råd for hvordan jeg skulle klare en slik jobb?
22. Har du kontakt med helsetjenestene i bydelen som del av at du er gruppeleder? Kontakter de deg/dere og spør om råd? Spør du /dere dem om råd?
23. Hva har du lært selv av å være gruppeleder?
24. Er det nyttig for deg å være gruppeleder? Hvorfor?
25. Forteller du om gruppa og om din jobb som gruppeleder til andre? Hva synes de? Hva synes familien? Får du støtte? Hva slags støtte?
26. Hvorfor gjør du dette? (se også 4)
27. Vil du fortsette med dette? (hvorfor/hvorfor ikke?)
28. Vil du noe annet? (hva, vil, men ikke kan)
29. Er du med på andre ting? Hvis ja, har deltakelsen i Primærmedisinsk verksted hjulpet?
30. Har du fått andre tanker / drømmer om framtiden etter at du ble med i Primærmedisinsk verksted? Hvis ja, hva da?

Bakgrunnsopplysninger:

Navn:

Utdanning:

Hvor mange år i Norge:

Adresse:

Sivilstatus:

Hva driver ektefellen med?

Alder:

Nasjonalitet:

Kommer fra storby/landsby

Tlf:

Ant. barn, kjønn og alder:

Vedlegg 2:

Intervjuguide til helsetjenesten

1. Ditt syn på prosjektet Primærmedisinsk verksted / Enerhaugen barnestasjon?
2. På hvilken måte har det evt. bidratt til bydelens arbeid med helseinformasjon?
3. På hvilken måte har prosjektet vært nyttig / unyttig for tjenesteapparatet? Hvorfor?
4. Hva mener du skal til for at bydelen skal ha mer nytte av helseopplysningsgruppene og gruppelederne ved Enerhaugen barnestasjon?
5. Oppfatter du prosjektene / tilbudet som uinteressante, overlappende, supplerende eller som erstatning for arbeid bydelen allerede gjør?
6. Vil du gjøre noe for at det som er bra i prosjektet kan leve videre, bli forankret i bydelens tjenesteapparat?
7. I hvilken grad mener du Primærmedisinsk verksted/Enerhaugen barnestasjon er kjent i tjenesteapparatet, i administrasjonen og blant politikerne i bydelen.

Vedlegg 3:

Kommunikativ kompetanse i praksis

- en evaluering av Primærmedisinsk verksteds opplæring av helsearbeidere

Sammendrag

Primærmedisinsk verksted inngår som et prosjekt i Gamle Oslo og Miljøbyen Gamle Oslos arbeid med å forbedre miljøet, boforhold og helse for befolkningen. Denne evalueringen handler om innsatsområdet «Helse som kommunikativ kompetanse», som er et av verkstedets fire innsatsområder. Helse som kommunikativ kompetanse dreier seg om opplæring av helsearbeidere som kan medføre en ny relasjon mellom helsearbeider og bruker. Hensikten med opplæringen er at det skal motivere brukerne av tjenestene til å få interesse og kunnskap til å ivareta egen helse, slik at de an få mer kontroll over egen situasjon. Innsatsen i forhold til «Helse som kommunikativ kompetanse» har bestått av introduksjonskurs i løsningsorienterte samtaler og oppfølging i grupper.

Rapporten er en kvalitativ evaluering av Primærmedisinsk verksteds opplæringsprogram i løsningsorienterte samtaler for helsearbeidere i bydel Gamle Oslo. Data har framkommet gjennom samtaleintervjuer med 21 helsearbeidere i bydelen som har deltatt i Primærmedisinsk verksteds opplæringsvirksomhet.. Fokus for evalueringen har vært på hvilken nytte di involverte helsearbeiderne har hatt av opplæringen. Evalueringen omfatter ikke hvordan helsearbeidernes *klienter* selv har opplevd bruken av det alternative metodeverktøyet, «løsningsorienterte samtaler». De bør være gjenstand for en senere undersøkelse.

Kurs i løsningsorienterte samtaler og oppfølging i grupper ser ut til å ha gitt helsearbeiderne nye innsikter og ferdigheter i forhold til egen hjelperolle. Helsearbeidernes oppmerksomhet har særlig blitt rettet mot at det er klientenes mål helsearbeideren skal finne fram til og arbeide ut fra. Hjelperne har erfart at det å fokusere på klientens mål framfor sine egne, fritar dem for den uløselige oppgaven det er å ta ansvar for at andre skal endre atferd. Den løsningsorienterte tilnærmingen har tilført de erfarne helsearbeiderne innsikt i nye måter å bruke sin faglige kunnskap på. Det har gjort det lettere å samhandle med de klientene som har vanskelig for å nyttegjøre seg av tjenestene i helsevesenet. Erfaringen har vist at målsettingen om å styrke klientene ved å motivere dem mer enn å fortelle dem hva de bør gjøre, har ført til at det er lettere å få til samarbeid.

Fra problem til løsning

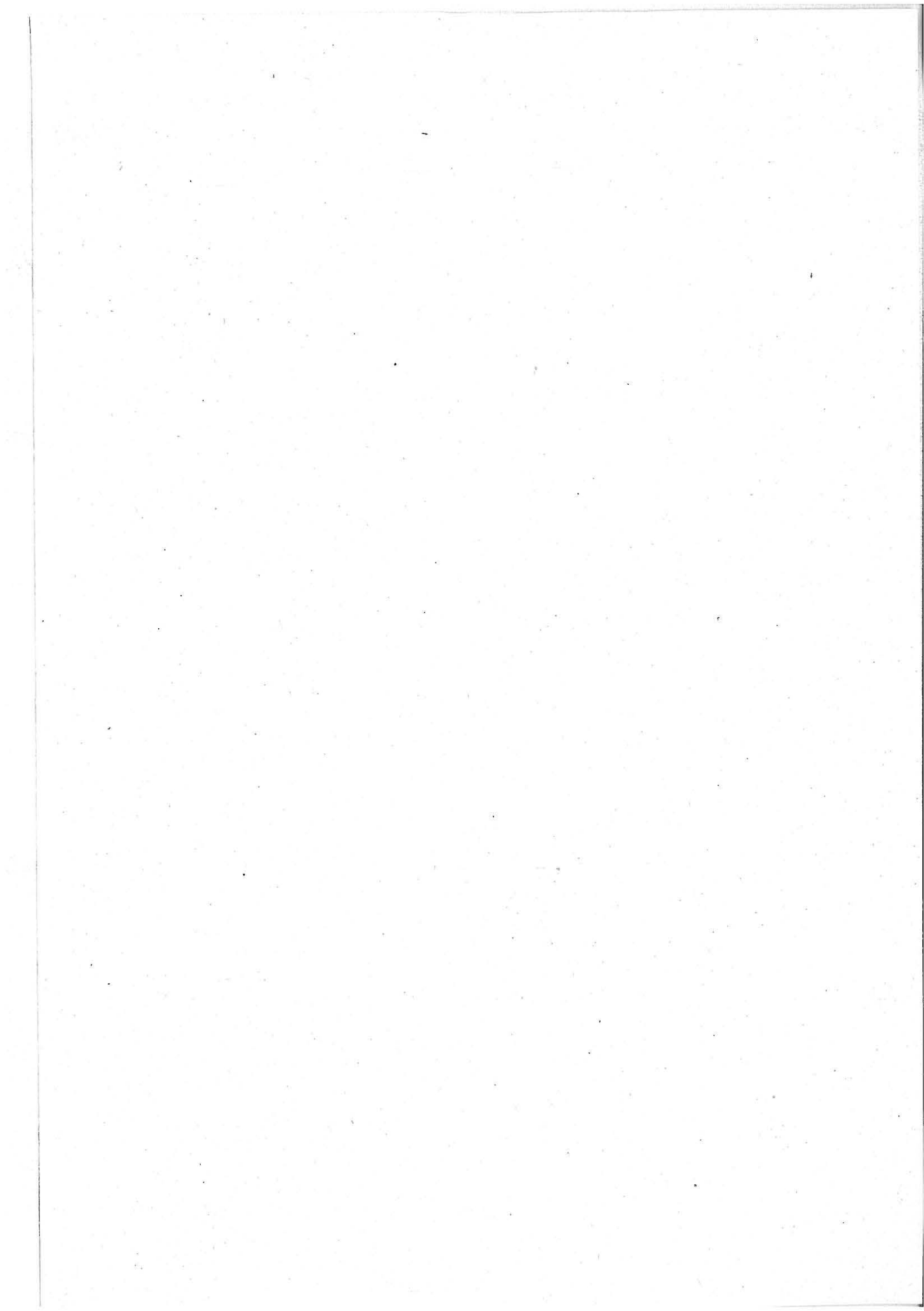
Å fokusere på løsning og ikke på problem oppleves som en lettelse av de spurte. Mange gir uttrykk for at de mestrer arbeidsoppgavene bedre enn før, særlig i forhold til pasienter med sammensatte og kompliserte livssituasjoner. Metoden egner seg særlig godt på problemer der

løsningsorienterte samtaler er et verktøy til å etablere kontakt med klienter og motivere dem til å bli mer aktive i forhold til egen livssituasjon. Metoden er fleksibel og har, for eksempel, vist seg å fungere i møte med ulike etniske grupper, klientgrupper med ulike behov og i forskjellige arbeidssituasjoner.

Forankring av metoden er individuell, ikke organisatorisk

Løsningsorienterte samtaler som metodeverktøy er god forankret som individuell kunnskap hos de helsearbeiderne som har deltatt i både introduksjonskurs og oppfølging i grupper. Kunnskapen er imidlertid knyttet til dem som personer og ikke til arbeidsstedet. Det virker ikke som metoden og tankemåten er forankret i ledelsen i bydelen. Skal det løsningsorienterte konsept få større betydning, utbredelse og gjennomslag må forståelsen for konseptets potensiale bringes ut fra ledelsen. Det må etableres en visjon for å løse problemene der løsningsorienterte metoder inngår. Videre må det være kapasitet for og et press eller opplevd behov for forandring innen tjenestene. På dette grunnlag kan det også iverksettes gjennomførbare første skritt. Opplegget til Primærmedisinsk verksted, for opplæring i løsningsorienterte metoder er et eksempel på gjennomførbare første skritt mot en felles visjon om bedre helsetjenester i bydel 6, Gamle Oslo.





Ulee 115