

Ser. 478 / 1999 : 3
eho 2

Skriptserie eksemplar



HØGSKOLEN I HARSTAD

S
k
r
i
f
t
s
e
r
i
e

SAFE COMMUNITY - SYMBOL OG SAMARBEID - Sluttrapport fra studie av lokalt ulykkesforebyggende arbeid organisert etter WHO's Safe Community (Trygge Lokalsamfunn)- modell

Stein Mikkelsen

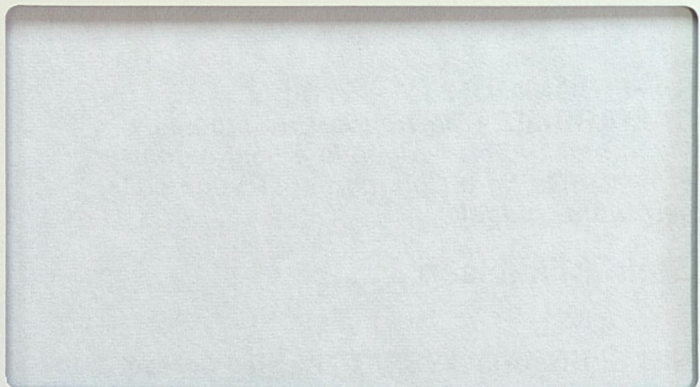
HiH Skriftserie 1999/3 - Harstad College



* 0 0 G A 1 4 7 7 0 *



Nasjonalbiblioteket
avdeling Oslo



Ser. 478/1999:3
eko. 2

**SAFE COMMUNITY - SYMBOL OG
SAMARBEID** - Sluttrapport fra studie av
*lokalt ulykkesforebyggende arbeid organisert
etter WHO's Safe Community (Trygge Lokal-
samfunn)-modell*

Stein Mikkelsen

HiH Skriftserie 1999/3 - Harstad College

HØGSKOLEN I HARSTAD
HARSTAD COLLEGE

Tittel		Nummer/Number
SAFE COMMUNITY - SYMBOL OG SAMARBEID		1999/3
Sluttrapport fra studie av lokalt ulykkesforebyggende arbeid organisert etter WHO's Safe Community (Trygge Lokalsamfunn)-modell.		Sider/Pages
		34
Forfatter/Author		
Stein Mikkelsen		
Avdeling/Department	Prosjekt/Project	
Helse- og Sosialfag Health- and Social services		
Sammendrag/Abstract		
<p>Denne studien bygger på materiale fra Harstad kommune - som pt. (1999) er den eneste norske kommune med WHO-status som Safe Community (SC). Rapporten bidrar innledningsvis med noen teoretiske perspektiver på Safe Community. Studien fokuserer på samarbeidet mellom nøkkel-organisasjonene som inngår i det lokale ulykkesforebyggende nettverket, hvordan organisasjonene oppfatter den symbolske meningen med SC og hvilke prosesser som settes i gang. Undersøkelles materialet består av kvalitative intervjuer med lokale nøkkelaktører, (bl.a. fra kommunale etater, politiet, sykehus) observasjon og dokument-analyser. Undersøkelsen viser at etableringen av det lokale ulykkesforebyggende samarbeidet ble etablert gjennom en organisasjonsmessig nedenfra-opp-prosess; fra fagfolk som så behovet som lokal samordning av den forebyggende innsatsen. Det lokale samarbeidet har sterke uformelle kvaliteter og fungerer mer som et frivillig samarbeid mellom aktører enn et mandat. Nettverket består av fagfolk som deler en grunnleggende forståelse av forebygging. Denne private karakteren gjør samarbeidet idealistisk og unikt, men også sårbart. Safe Community konseptet oppfattes og oversettes til handling på ulike måter. Undersøkelsen viser at ulike aktører, som interesseorganisasjoner, trafikkmyndigheter og lokale beboergrupper kan anvende SC strategisk for å fremme ulike målsettinger. Alt i alt tilbyr SC en mulighet til å gjennomføre lokale forebyggings-programmer ved at symbolet kan ha en mobiliserende kraft. Undersøkelsen viser at en av hoved-utfordringene til Safe Community modellen er å forankre samarbeidet i komplekse byråkratiske organisasjoner.</p>		
Stikkord	Safe Community Ulykkesforebygging Tverretatlig samarbeid	Key Words
ISBN	82-453-0118-3	ISSN 0807-2698

SAFE COMMUNITY - SYMBOL OG SAMARBEID

Sluttrapport fra studie av lokalt ulykkesforebyggende arbeid organisert etter WHO's Safe Community (Trygge Lokalsamfunn) - modell.

1. Innledning

Symbols are not in themselves the representation of ideas; their power of meaning arises in the conjunction of an image and the knowledge and experience you bring to it. (Barth, Balinese Worlds, 1993:332).

Forebygging av ulykker er et nasjonalt satsingsområde som er forankret i en rekke offentlige dokumenter, bl.a. i Stortingets behandling av St.melding.nr 37(1992-93): Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid: «Innen år 2002 skal samordnet planlegging og utvikling av sikkerhetskultur i alle beslutningsnivåer og sektorer føre til nedgang i antall skader som fører til dødsfall sykehusinnleggelser og legebehandling på grunn av ulykker» (Innst.S.nr 118,1993-94). I Norge har organisering av forebygging etter Verdens Helseorganisasjons «Safe Community modell» blitt tillagt modellstatus for lokal ulykkesforebyggende innsats. I brev fra det nasjonale sekretariatet for Trygge Lokalsamfunn til landets kommuner, 22.09.97 uttrykkes regjeringens mål om at minst 50 norske kommuner skal organisere ulykkesforebyggende arbeid etter WHO's Safe Community modell. Denne rapporten bygger på materiale fra en undersøkelse (case study) som ble gjennomført ved Høgskolen i Harstad i perioden 1997-98. Erfaringsmaterialet stammer fra den første og foreløpig eneste norske kommune med WHO- godkjenning som Safe Community.¹⁾

1) I denne rapporten brukes betegnelsen Safe Community , Trygge Lokalsamfunn og forkortelsen SC synonymt. Safe Community er en WHO-initiert kvalitetsstandard for lokal organisering, gjennomføring, dokumentasjon og formidling innen ulykkesforebyggende arbeid. Safe Community-organisasjonen ivaretas for WHO av Karolinska Institutet i Sverige.

Den første rapporten fra dette prosjektet ble utgitt på høgskolens skriftserie som paper til Den sjuende Internasjonale konferansen om Safe Communities i Rotterdam i mai 1998. *Safe Community - Symbol and Co-operation. A Study of inter-sectoral co-operation and development in a Norwegian Community.*(Mikkelsen 1998). Målgruppen for den foreliggende rapporten er aktører med ansvar for videreutvikling av lokalt ulykkesforebyggende arbeid. Intensjonen er at forskningen skal være handlingsrettet gjennom å konkretisere noen suksessfaktorer og utfordringer for det tverrsektorielle ulykkesforebyggende arbeidet i Harstad.

Dette er kunnskap med mulig verdi for lokale aktører, men som også etterspørres av andre kommuner og lokalsamfunn som arbeider med sikte mot organisering av det lokale ulykkesforebyggende innsats etter WHO's Safe Community-modell. Selv om det nasjonale sekretariatet for dette internasjonale organisasjonsnettverket er besluttet flyttet fra Harstad til Statens Institutt for Folkehelse, (f.o.m. H-98) har Harstad kommune som eneste norske kommune med WHO status som safe community et dokumentasjons- og formidlingsansvar. De faglige idealene som ligger til grunn for denne rapporten kan spores tilbake til «aksjonsforskningen», der verdien bedømmes ut fra aktørenes perspektiv og der forskningens relevans bl.a. bedømmes ut fra: a) *fremstillingskriterier* - har en gitt en dekkende fremstilling at de problemene en har undersøkt, slik at aktørene kan kjenne seg igjen? b) *provokasjonskriterier* - skaper undersøkelsen reaksjoner hos de utforskede? c) *selv-forståelseskriterier* - bidrar prosjektet til større selvforståelse og et høyere bevissthetsnivå? d) *praksiskriterier* - gir prosjektet grunnlag for handling i retning av endring av situasjonen som de utforskede står i .

2. WHO's Safe Communitymodell - idegrunnet og kriteriene.

Safe Community begrepet ble formelt introdusert på «Den Første Verdens konferanse om ulykker og ulykkesforebygging» i Stockholm i 1989.

Konferansen ga sin tilslutning til et «Safe Community manifest» som er forankret i den grunnleggende verdien om *universelle rettigheter* til helse og sikkerhet. Manifestet hentet sin ideologiske støtte fra WHO - programmene «Helse for alle» og «Globalt Program for Ulykkesforebygging og Skade kontroll». Et annet grunnleggende kjennetegn ved Safe Community charteret er ideen om *desentralisering*. Initiativene skal lokaliseres til nivåene der folk lever sine liv. *Lokalsamfunnet* («the community») betraktes som den optimale integrerende enheten mellom individ og system. Selv om community-begrepet både er mangetydig og kontroversielt, brukes det av sosiologer og geografer med referanse til *alle typer sosiale relasjoner som fremtrer innen spesifikke grenser eller territorier*. Community-relasjoner har likhetstrekk med Tønnies klassiske idealtipe: *gemeinschaft*. Denne idealtypen kjennetegnes ved spontanitet, affektivitet som knyttes til at vi fremstår som «hele personer», mer enn i «avgrensede roller». *Gemeinschaft*-relasjoner knyttes til kulturell ensartethet - familier og enkle før-moderne samfunn. *Gemeinschaft* står i kontrast til *gesellschaft*: individuelle, upersonlige, kalkulerende relasjoner som er typiske for moderne urbane samfunn. (Tønnies,1887). Community-begrepet brukes i moderne samfunnsvitenskap om sosiale relasjoner innen geografisk definerte områder, f.eks.et naboskap, eller om relasjoner som mer er basert på et abstrakt, ideologisk plan enn fysisk nærhet, f.eks miljøbevegelsen. (Collins,1995). Noen forskere inkluderer både det fysisk-spatielle («nærhet») og felles interesse («verdifellesskap») dimensjonene. Til denne retningen hører Ross, som definerer community som *en gruppe mennesker som lever i et definert geografisk område og deler en viss felles interesse eller funksjon, som velferd, utdanning og sikkerhet*. (Ross,1967). Boulding lanserer en videre definisjon , der «community» forstås som *det samarbeids- og konsensusystemet som et bestemt program virker innenfor* (Boulding, 1978). Uansett definisjon vi velger, er det viktig å skille mellom lokalsamfunn (community) på den ene siden og kommune (municipality) som politisk-administrativ over-enhet på den andre. Safe Community-betegnelsen brukes både om geografisk avgrensede enheter på kommune-nivå og om mindre administrative enheter. Variasjonsbredden er stor; og høsten 1998 omfattet det verdensomspennende Safe Community nettverket enheter fra 1000 til 1.988.000 innbyggere.

Ideen bak Safe Community er derfor ikke å utvikle standardmodeller, men *fleksible, situasjonelle modeller* ut fra de strukturer og organisasjoner som er tilstede i et lokalsamfunn. Hovedmålet til Safe Communities er - uansett kontekst - å utvikle nyskapende, lokalsamfunns-baserte tilnæringer til forebygging av skader som knyttes til ulykker og vold. Dette er i samsvar med ideologien fra Ottawa Charteret fra 1986 uttrykt som «health promotion» and «empowerment», en slags bemektigelse av lokalsamfunnet - troen på forekomsten av strukturer og prosesser der befolkningen selv tar kontroll over viktige faktorer som påvirker egen helse. Safe Community som fleksibel kvalitetsstandard bygger på et sett av kriterier for lokal *organisering, implementering, dokumentasjon og formidling* av ulykkesforebyggende arbeid. Lokalsamfunn som inngår avtale med Verdens Helseorganisasjons senter for Trygge Lokalsamfunn i Sverige må kunne dokumentere at følgende minimumsstandarder oppfylles:

Organisering:

** Det må være etablert en tverrsektoriell gruppe som arbeider med ulykkesforebygging på lokalt nivå;*

** Alle nivåer i kommunenes/bydelens administrative og politiske system skal delta aktivt i det ulykkesforebyggende arbeidet;*

** De nettverk som finnes i lokalmiljøet innen ulykkesforebyggende arbeid må aktiviseres og brukes aktivt;*

** Programmet må forankres i kommunens øverste beslutningsorgan;*

** Det må etableres et samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten i kommunen og den fylkeskommunale og statlige helsetjenesten, både når det gjelder registrering av skader og gjennomføring av ulykkesforebyggende arbeid.*

Program:

** Det skal være etablert et skadeforebyggende program som omfatter alle aldersgrupper, miljøer og arenaer;*

** Programmet skal inneholde spesifikke tiltak rettet mot høyrisikogrupper og høyrisikomiljøer;*

** Programmet må særlig være opptatt av skadeutsatte grupper.*

Dokumentasjon

**Kommunen/bydelen skal kunne dokumentere ulykkesfrekvens og årsaksmønster;*

**Det må utvikles systemer og indikatorer for evaluering av programmet.*

Arbeidsmetoder

**Programmet som utarbeides må ha et langsiktig perspektiv;*

**Kommunen/bydelen skal medvirke til å spre erfaringene fra det ulykkesforebyggende arbeidet både nasjonalt og internasjonalt. Kommunen skal også ta del i erfaringer som er gjort i andre kommuner/bydeler, og gjennom å danne samarbeidsnettverk på området.*

Internasjonalt nettverk

Det er utviklet et internasjonalt nett av kommuner som Verdens helseorganisasjon har gitt status som Trygge Lokalsamfunn. Pr . sept. 1998 består nettverket av 35 lokalsamfunn / kommuner. (WHO - Collaborating Centre, 1997).

Problemstillinger

Denne undersøkelsen fokuserer på symbolske og organisasjonsmessige sider ved Safe Community. Hva kjennetegner implementeringsprosessen? Hvordan forstår, konstruerer og iscenesetter de samarbeidende organisasjoner Safe Community? Hvilke program settes i gang som følge av SC? Setter samarbeidet organisasjonsmessige spor i og mellom de samhandlende organisasjoner? I hvilken grad kan Safe Community-modellen tjene som en lokal sektoroverbyggende organisasjon? Til tross for at vi har å gjøre med et case study som naturlig nok har en spesiell oppmerksomhet på det lokale og det unike, er det vårt håp at rapporten også kan kaste lys over noen fenomener og problemområder av mer allmenn karakter.

3. Teoretiske perspektiv på Safe Community

3.1 SC som strategi for lokal organisering av forebyggende arbeid

Forskning og intervensjon innen feltet helsefremmende arbeid kan inndeles i tre hovedtradisjoner (Haglund et al,1990). Den første hovedtradisjonen Medisinsk-vitenskapelig tilnærming («*The Medical Science Approach*») er basert på profesjonelles ekspertdiagnose og intervensjon. Denne tilnærmingen fører i de fleste tilfeller til det en i implementeringslitteraturen kaller «*top-down*» («*ovenfra-ned*») strategier, karakterisert ved at profesjonelle inntar sentrale roller som premissleverandører for hvordan programmet skal utformes.

En annen ekspertorientert «ovenfra-nedad-strategi» er Helseplanleggings-tilnærmingen, på engelsk «*The Health Planning Approach*». Typisk for denne tilnærmingen er vektleggingen av tekniske behov og evalueringer med fokus på videreutvikling og forbedring av medisinske og forebyggende tjenester. Den tredje retningen Lokalsamfunnsutviklings-tilnærmingen («*The Community development approach*») åpner for en videre kontekst, der individer, grupper og lokale organisasjoner spiller viktige roller. Innen dette paradigmet er ekspertene mindre viktige aktører enn lokale representanter. «Nedenfra - opp» - implementeringsstrategier har høy modellstatus innen denne retningen. Antakelsen er at lokalsamfunnsmedlemmene vil ha, eller overta eiendomsforholdet til et bestemt forebyggingsprogram, i tråd med Ottawa Charterets «*empowerment-ideologi*.» En generell forståelse av empowerment er at folk oppnår kontroll over sitt eget liv i en sammenheng hvor de deltar sammen med andre for å endre de sosiale og politiske realiteter de lever under. «Empowerment» retter seg mot maktesløshet og mangel på kontroll over egen livssituasjon, og kan lede til sosial og miljømessig endring. (Rappaport 1987). Begrepet brukes om myndiggjørings- prosesser på individ, gruppe og samfunnsnivå (Adams 1996). «Empowerment» forutsetter at det dannes kvalitativt nye relasjoner mellom profesjonelle og lekfolk. Myndiggjøring er verken noe profesjonelle gjør med folk, eller noe folk utvikler alene. Lundemark Andersen og Vinther-Jensen utdyper dette slik i publikasjonen «Empowerment i praksis», (1997) :

Empowerment bygger på en holdning og et menneskesyn, hvor utgangspunktet er at alle mennesker har ressurser og kapasitet til at definere sine egne problemer og utvikle handlingsstrategier, der forholder sig til problemene på en for dem forståelig og handterbar måte. Men det betyr ikke, at den enkelte skal overlades til sig selv, og at den professionelle kan fralægge sig et medansvar. Professionelle og borgere er sammen om en fælles borgerdefinert oppgave ut fra hver deres forudsætninger. Vi tror på at mennesker ønsker å få det bedste ud af deres liv, men vi tror ikke at mennesker alltid handler rationally, og vi ved, at der ikke er like vilkår for alle . Vi tror ikke på , at magt over eget liv -også i den utvidede betydning magt over forhold i samfunnet, som har innflydelse på sundheten - er en gave, eksperter kan give til ikke eksperter. Vi tror på, at magt over eget liv skal erobres og tilegnes for at kunne fastholdes og anvendes. Magt skal forstås som: Magt til at handle og magt over eget liv, men ikke magt over andre.» (NOU 1998:18,side 190)

Med utgangspunkt i et erfaringsmateriale fra Sverige, anbefaler Peterson at forebyggingsprogrammer etableres som en kombinasjon av «ovenfra-ned» og «nedenfra-opp»-modeller. (Peterson 1988).

3.2 Hva kjennetegner Safe Community strategien ?

I løpet av de siste ti-årene har ulike forebyggingstrategier basert på *lokalsamfunnet* (*the community*) som primær intervensjonsarena etablert en sterk faglig posisjon. (WHO's Ottawa Charter 1986, Rifkin et. al 1988, Bjarås,1991). Desentralisering og brukermobilisering framheves gjennom WHO's viktige helsepolitiske manifest - Ottawa Charteret - som hovedprinsipper for utvikling av helsetjenestene. Bak metaforene *lokal deltakelse og makten tilbake til lokalsamfunnet* («*empowerment*») finner vi strategier som springer ut av ideen om å forplikte lokalsamfunnet, gjennom lokale representanter, organisasjoner og grupper. Denne tilnærmingen har idemessige fellestrekk både med *folkehelsestradisjonen* innen medisinen og *aksjonsforskningstradisjonen* innen samfunnsvitenskapen. I følge en undersøkelse av Rifkin publisert i 1985 vil de lokale representantene bli involvert og etter en tid overta ansvaret for et aktuelt forebyggingsprogram (Bracht,1990). Dette samsvarer med Safe Community-modellens ide om lokalsamfunnet som primær arena for forebyggende tiltak. Sammenligner vi Safe Community med Lokalsamfunnsutviklings tilnærmingen, finner vi sammenfallende ideer og strategier som i korthet går ut på å involvere alle typer lokale aktører («*community participation*»). (Rifkin et al, 1988).

Til tross for Safe Community modellens lokale frivillighetsperspektiv, åpner modellen også for at profesjonelle aktører kan ha viktige oppgaver både ved å initiere og vedlikeholde forebyggingsprogram. På denne måten omfatter Safe Community både *helseplanleggings-tradisjonen*, der berørte grupper «lærer riktig atferd» fra profesjonelle helsearbeidere og *lokalsamfunnsutviklings-tilnærmingen*, der vekten legges på lokal deltakelse og identifikasjon hos befolkningen. Dette gjør at både «bottom up-» og «top-down-organiserte» forebyggingsprogram kan finne rom under Safe Community paraplyen. En rekke studier har dokumentert resultater i form av reduserte ulykkesfrekvenser på grunnlag av lokale Safe Community intervensjonsmodeller. (Værøy-prosjektet, Tellnes,1984, Fallkjøping-prosjektet, Schelp,1987, Harstad-prosjektet, Ytterstad, 1995). I løpet av de senere årene er det likevel reist tvil om verdien av denne desentraliserte tilnærmingen til forebygging. Ett av ankepunktene mot Safe Community har referanse til den teoretiske, funksjonalistiske forutsetning bak modellen, at lokalsamfunnet som en slags avgrenset, likeartet og harmonisk sosial enhet ikke stemmer med dagens post-moderne virkelighet. Moderne lokalsamfunn må forstås i lys av utvikling av moderne vestlig kultur, jfr begrepene om globalisering og internasjonalisering. Hverdagslivet på lokale steder påvirkes av kulturelle strømninger. Nye kulturstrømninger som riksikokulturer, ambivalens og narsissisme trenger inn i lokalsamfunnene og gir et nytt klima for helse fremmede arbeid. (Nilsen,1996).

Den tyske sosiologen Ulrich Beck beskriver hvordan det skjer en globalisering av grunnleggende sivilisasjonsrisikofaktorer, som atomforurensning og giftinnhold i matvarer, osv. Risikosamfunnet underminerer ifølge Beck både nasjonalstatens grenser, militære allianser og økonomiske blokker.

«While class societies are capable of being organized as national states, risk societies bring about «communities of danger» that ultimately can only be comprised in the United Nations.» Beck 1986 : 47.

Et tilstøtende og typisk trekk ved vår tid er motsetningen mellom det Hylland Eriksen kaller *ambivalens* versus *fundamentalisme*: en åpen tvilende holdning står i motsetning til en lukket skråsikkerhet.

Over hele verden utspiller det seg konflikter mellom lokal kultur og global påvirkning, troskap mot røtter og krav om forandring, tradisjonelle verdier og frie valg. Samlet representerer disse utviklingstrekkene en ny og kompleks forebyggingskontekst.

4. Forskningstilnærming og metodevalg

I denne case-studien er hovedinteressen rettet mot organisasjonene som deltar i det lokale Safe Community-nettverket. Studien inneholder elementer som vi kjenner igjen fra *implementeringsstudiene*, der fokus rettes mot iverksettingsaspektet, bl.a. situasjon, mål og aktører. Et sentralt spørsmål er å identifisere kjennetegn ved det lokale samarbeidet, heriblant forutsetninger og utfordringer. Tilnærmingen kan også klassifiseres som *aksjonsforskning*, med vekt på brukernærhet, utprøving og endring. Vi er også interessert i symbolske sider ved Safe Community nærmere bestemt: hvordan lokale fagfolk og organisasjoner forstår modellen og oversetter den til konkret handling. Dette krever en forskningsmessig perspektiv der Safe Community betraktes som et symbol, som avhengig av lokal fortolkning og institusjonalisering kan virke koordinerende mellom ulike delsystemer. På den annen side er det mulig at Safe Community som abstrakt begrep med mange potensielle betydninger kan legitimere ulike alternative organisasjonsmessige handlinger. I henhold til Barths konstruktivistiske tese, oppstår symbolers kraft i møtet mellom et tegn og kunnskapene og erfaringene mennesker legger inn i symbolet. (Barth,1993).

Denne rapporten bygger på ulike datakilder: Kvalitative intervjuer med 20 lokale nøkkelaktører innen Safe Community arbeidet. Intervjuene ble dokumentert ved bruk av kassettopptaker. Majoriteten av nøkkelaktørene har tilknytning til følgende organisasjoner: Harstad sykehus, Harstad kommune (samtlige hovedavdelinger) og Harstad politikammer.

Intervjuutvalget omfatter i første rekke «iverksetterne», primært fagfolk med direkte ansvar for Trygge Lokalsamfunnsarbeid. Utvalget omfatter også kommunaldirektørene for hhv. Helse- og sosial, Teknisk og Oppvekstavdelingen, politisk leder for Aksjonsutvalget, nåværende og tidligere koordinator for Trygge Lokalsamfunn, kommuneplanlegger og representanter for noen frivillige organisasjoner. To av høgskolens tidligere rektorer er intervjuet. Den ene av disse deltok på Verdenskonferansen om Trygge Lokalsamfunn i 1994 og signerte avtale med WHO, mens den andre var institusjonens faglige leder i den første lokale, treårige driftsfasen av Safe Community (1994-97). Intensjonen var å få opplysninger om bakgrunnen for høgskolens deltakelse og hvilke prosesser samarbeidet har satt i gang i høgskoleorganisasjonen. Enkelte informanter er intervjuet flere ganger. For å få et mer komplett bilde, ble intervjumaterialet supplert med samtaler med mer perifere aktører. I perioden 1997-98 er det fremskaffet et mer helhetlig bilde av den lokale innsatsen gjennom deltakende observasjon i samarbeidsfora og på lokale forebyggingskonferanser, dokumentanalyser, hovedsakelig avisreferater og annen offentlig dokumentasjon. Det er foretatt en innholdsanalyse av møteprotokoll fra det lokale koordineringsorganet for Trygge Lokalsamfunn. (Aksjonsutvalget). For å belyse problemstillingene har vi valgt å la offentlige organisasjoner være overrepresentert i intervjuutvalget som danner grunnlag for denne rapporten.

5. Lokal initiering av ulykkesforebygging i Harstad før Safe Community .

En uformell og organisasjonsmessig nedenfra-opp-prosess.

Harstad kommune (1998: 23.000 innbyggere) består av et bysentrum, et bydelssenter med handel og industri og omkringliggende boligområder. Kommunen er hovedsete for oljeeksplorering i Nord-Norge. Fiske, hermetikk og skipsbygging og senere Forsvaret har vært sentrale drivkrefter bak utviklingen av kystbyen Harstad. I dag representerer undervisning, handels- og servicefunksjoner - sammen med oljerelatert virksomhet - viktige næringer.

Hvilke kjennetegn har den tidlige implementeringen av ulykkesforebygging i Harstad ?

Vårt materiale viser at det lokale ulykkesforebyggende arbeidet har utviklet seg *stegvis*, motivert av både *interne* og *eksterne* forhold. Personfaktoren har hele tiden vært viktig. *Lokale, personlige initiativer* sammen med en *spesiell lokal institusjonell kontekst* og *tilgangen til eksterne, nasjonale program og finansieringskilder* har vært de viktigste utløsende faktorer. I juli måned 1985 ble det i samarbeid med Statens Institutt for Folkehelsen etablert et *sykehusbasert skaderegistrerings system* i Harstad. Tilsvarende databaser ble også etablert i Trondheim, Stavanger og Trondheim. En viktig deloppgave for disse pilotinstitusjonenes var å generere data til det nasjonale skadeovervåknings-systemet. I Harstad hadde (og har) en lokal ildsjel - ansatt som overlege på Harstad sykehus - en sentral entreprenør- og pådriverrolle.

Denne fagpersonen - som senere (1997) mottok den prestisjetunge «Karl Evang-prisen for helsefremmende arbeid» - hadde en betydelig innflytelse på utviklingen av den gryende Safe Community- organisasjonen i Harstad. Fra sin posisjon som kirurg i en institusjon uten formelt ansvar for ulykkesforebygging maktet han å motivere og inkludere andre aktører i prosjektet, i første rekke lokale helsemyndigheter, politiet og trafikketaten. Skadedatabasen genererte høykvalitetsdata, som både utløste og påvirket innretningen til de første intervensjonsprogrammene. Etter hvert ble systematisk skaderegistrering som startet som et «privat initiativ» institusjonalisert som del av sykehusets formelle system. Siden 1992 har et komplett registreringssystem vært operativt. Dette systemet inkluderer data fra alle offentlige og private primær legeinstitusjoner i sykehusets nedslagsfelt. Lønnsutgifter til skadesekretær ved Harstad sykehus dekkes av Statens Institutt for Folkehelse.

I 1987 startet kommunens helsekontor et intervensjonsprogram rettet mot reduksjon av forbrenningsulykker hos barn. Prioriteringen var delvis initiert av skaderegisteret.

På slutten av 80-tallet ble forløperen til en lokale ulykkesforebyggende gruppe etablert.

I forbindelse kommunens deltakelse i den Nasjonale Kampanjen mot Barneulykker i 1989 ble det etablert en mer formalisert gruppe, med representanter for følgende offentlige, frivillige og private/kommersielle organisasjoner:

- * Harstad kommune (alle hovedavdelinger inkludert)
- * Harstad sykehus
- * Harstad politi
- * Biltilsynet
- * Forsikringsselskaper
- * Røde Kors
- * Norsk Automobilforbund
- * Forbrukerorganisasjon
- * Landbruksorganisasjon
- * Næringslivsorganisasjon/Handelsstanden

Den lokale, tverresektorielle gruppen ble utvidet etter hvert. Tilveksten besto av representanter fra alle samfunnssektorer- lokalt næringsliv, frivillige etater og offentlige institusjoner. Høgskolen i Harstad ble formelt knyttet til samarbeidsnettverket gjennom Safe Community avtalen med Verdens Helseorganisasjon i 1994.

Etableringen av den lokale ulykkesforebyggende gruppen skjedde på pragmatisk, ad hoc-basis. Det var viktig å rekruttere «*de rette menneskene*» med personlig interesse og driv for denne type arbeid. «Entreprenørene» var på utkikk etter organisasjoner med formelle målsettinger som var forenlige med prosjektets ide og enda viktigere: personer med spesiell interesse for forebygging som «sak». Vi tegner her et bilde av en uformell rekrutteringsprosess som er vesensforskjellig fra de formelle, byråkratiske idealtyper (Weber 1978).

Den lokale strategien gikk ut på å knytte til seg de rette personene i de rette organisasjonene. Dette skapte en lokal organisasjon som besto av en *liten, relativt stabil indre kjerne av ildsjeler og flere marginale aktører med løsere tilknytning*. Vi vil komme tilbake til noen konsekvenser av den lave formelle «institusjonaliseringen» i siste del av rapporten. Det ble valgt en hovedstruktur, der lederen for ulykkesforebyggende gruppe også var politisk leder for det kommunale helse og sosialutvalget. Ideen var at den folkevalgte representanten skulle tjene som bindeledd mellom ulykkesgruppen og det øvrige kommunale politiske system. Hovedoppgaven til ulykkesgruppen var å motivere for ulykkesforebyggende tenkning og innsats innen de berørte organisasjoners ansvarsområde.

Utvalget skulle videre være referansegruppe for lokale ulykkesforebyggende initiativ. I perioden 1990-94 mottok «Ulykkesprosjektet» i Harstad statstilskudd og det ble engasjert lokal koordinator. Koordinatorfunksjonen ble organisert som del av kommunens helsetjeneste og lagt til seksjon for forebyggende tjenester. Dette organisasjonsmessige valget bidro til at prosjektet av mange ble identifisert som: »noe som først og fremst angår helsesektoren.»

Hvordan skal vi forstå initieringsprosessen? Selv om lokale nøkkelaktører, (Ytterstad 1988), karakteriserer modellen som en nedenfra-opp -tilnærming, vil vi hevde at den tidlige fasen av ulykkesprosjektet (systematisk skaderegistrering, risikovurdering, lokal organisering og målsettinger) er et klassisk eksempel på en ovenfra-ned tilnærming etter Schelps skjema. (Schelp 1988).

Initiativtakerne bak prosjektet var lokale fagfolk (sykehuslege, pensjonert byveterinær og helsesøster). Initiativene kom fra profesjonelle på høyere eller midlere organisasjonsnivå, og hadde mer preg av personlig interesse og initiativ, enn resultatene av formelle organisasjonsmessige vedtak .

Etter at vi hadde registrert skadetilfeller på sykehuset en periode, tok jeg kontakt med kommunens helsesøster på hennes kontor, viste henne materialet og sa :det er meningsløst at vi bare registrerer skadene , vi må gjøre noe med årsakene. (overlege).

Det er trolig behov for å innføre et tredje teoretisk/analytisk *mellomnivå* for å karakterisere den lokale implementering («middle - top/down») Initiativene i Harstad startet på organisasjonsmessig mellomnivå, og fra dette nivået ble så arbeidet oppover i organisasjonene for å skaffe legitimitet (mandat), og nedover for å engasjere lokale interessegrupper (samarbeid).

Noen milepæler i Harstad prosjektet

Vi vil i det følgende gi et oversiktsbilde av noen milepæler i det lokale ulykkesforebyggende arbeid . Oversikten omfatter perioden 1985-1999.

ÅR	AKTIVITET
1985	Systematisk skaderegistrering ved Harstad sykehus starter 1)
1986	
1987	Igangsetting av forebyggende program/evaluering 2)
1988	
1989	Etablering av tverrsektoriell Skadeforebyggende gruppe 3)
1990	Nasjonalt finansiert Ulykkesprosjekt(1990-94)/Lokal koordinatorstilling 4)
1991	
1992	Skaderegistreringssystem med komplett datagrunnlag operativt ved Harstad sykehus 5)
1993	
1994	WHO-Verdenskonferanse i Harstad/ Harstad utnevnes til Safe Community
1995	Harstad kommune tildeles «Det Nytter Prisen»
1996	
1997	Karl Evangprisen tildeles lokal Safe Community nøkkelaktør
1998	Initiativ fra Harstad for å få tilbake nasjonalt Trygge Lokalsamfunnssekretariat
1999	Harstad får en nasjonal rolle som ressursmiljø for metodeutvikling innen forebyggende arbeid etter Safe Communitymodellen. Rapporterer til Folkehelse/Dep.

1) Systematisk skaderegistrering ble etablert 1.7. 1985 i et samarbeid mellom Harstad sykehus og Statens Institutt for Folkehelse. Databasen bygger på skaderegistrerings-skjema som utfylles av pasient/ledsager/sykehusets personell i forbindelse med undersøkelse. Siden 1992 er en komplett database i drift ved Harstad sykehuset , basert på statistikk fra samtlige offentlige og private helsesentra i sykehusets nedslagsfelt. (Ytterstad 1995).

2) I 1988 ble en rekke lokale intervensjonsprogrammer igangsatt, bl.a.: Barneulykker, trafikkulykker, fallskader hos eldre, idretts- og fritidsulykker og ulykker knyttet til skoler og barnehager. I 1991 tok Harstad-politiet initiativ til en anti-voldskampanje, der spesiell oppmerksomhet ble rettet mot gatevold relatert til lokale restauranters og pubers stengtids. Prioritering av lokale tiltak skjedde med bakgrunn i lokale ulykkesdata, nasjonale kampanjemålsettinger og lokale initiativ. Ulike organisasjoner har deltatt i det forebyggende arbeidet, bl.a. trafikkskole, Røde Kors, forsikringsselskaper, forbrukerorganisasjon. Vi finner også eksempler på initiativ «nedenfra». Lokale interessegrupper (foreldre, skoler, osv.) hjulpet av ulykkesstatistikk / «black spots» har intervenert og stilt krav til kommunal handling i tråd med «empowerment tradisjonen».

Siden 1995/96 har kommunens oppvekstavdeling i samarbeid med bl.a. helseavdelingen og politiet initiert en rekke nye forebyggingsprosjekt, som «Foreldrekontrakter», «Skolemekling» og «Byvandring/Natteravnene .»

3) En tverrsektoriell Skadeforebyggende gruppe ble etablert i 1989. Medlemmene kom fra flere sektorer. Sykehuset, politiet og kommunens helseetat og trafikketat representerte de viktigste offentlige aktørene. Trafikkskole, forsikring og forbrukerorganisasjonen var sentrale private og halvoffentlige aktører. Terskelen for adgang til Skadeforebyggende gruppe (Aksjonsutvalget) har vært lav, og i løpet av 90-tallet er dette forumet utvidet betydelig som følge av en rekke ad-hoc beslutninger.

4) Ulykkesprosjektet 1990-94 ble initiert av kommunens helsekontor og inspirert av den nasjonale handlingskampanjen mot hjemmeulykker. Det viktigste lokale målet for prosjektet var å oppnå en generell nedgang i skadetallene på 20%. Det ble fokusert på tre innsatsområder:

- 1) barneulykker hjemme, på skolen og i fritiden, 2) organisering av forebyggende arbeid og
- 3) evaluering av effektene av ulike informasjons og holdningsdannende strategier i skadeforebyggende arbeid.

6. Hva kjennetegner det ulykkesforebyggende samarbeidet i Harstad ?

Nøkkelaktørene ble i intervjuenes åpne, ustrukturerte del bedt om forsøke å identifisere karakteristika eller vesenskjenntegn ved det lokale samarbeidet. Det utkrystalliserte seg en høy grad av sammenfall i vurdering av samarbeidet.

Majoriteten av respondentene fremhevet samarbeidets idealistiske og uformelle kjennetegn, «*det er som om vi arbeider for en felles sak*». Flere respondenter sammenlignet denne formelle/profesjonelle samarbeidsrelasjonen med en mer privat/uformell relasjon. Safe Community har flere likhetspunkter med frivillige organisasjoner der medlemmene deler noen sentrale verdier og interesser. Innholdsanalysen av det lokale materialet fra Harstad avdekker lignende uformelle trekk. I «pionerårene» før 1994 reiste de lokale nøkkelpersonene sammen på Safe Community konferanser, de improviserte og satte sammen sine egne Safe Community teaterinnslag og inviterte til lokale, privatfinansierte «HEPOL-spleisefester» (helse-politi). Vi ser her konturene av en rekke «ikke - byråkratiske» initiativ og hendelser initiert av et fåtall ekstraordinære og idealistiske lokale aktører. Men selv blant entusiastene gikk det et skille mellom «de som følger arbeidstida og de som ikke gjør det.» Harstad-prosjektet ble langt på vei drevet fram av representanter for den sistnevnte kategorien mennesker.

Harstad kommune var vertsskap for Den Tredje Internasjonale Safe Community Konferanse i 1994 og kommunen fikk samtidig WHO-status som «Trygt Lokalsamfunn» . Det Norske Kongehus var representert på konferansen ved dronning Sonja. Den ærefulle WHO statusen som ble tildelt kommunen ble fra de lokale ildsjelenes side opplevd som en anerkjennelse av tidligere innsats. Koplingen mellom Harstad og Safe Community-sekretariatet ved Karolinska Institutet skjedde tilfeldig, og grunnlaget for Safe Community statusen ble langt på vei utviklet uavhengig av WHO kriteriene. Initieringsprosessen i Harstad avviker derfor fra de normale prosedyrene, der et lokalsamfunn/kommune inviteres til bygge opp sin søknad etter WHO-kriteriene. *Harstads status var mer et resultat av aktiv pionerinnsats(innovasjon) innen ulykkesforebygging enn en tilpasning til forhåndsdefinerte standarder.*

Vi har tidligere beskrevet hvordan den lokale sektor-overgripende gruppen («Aksjonsutvalget mot ulykker») ble rekruttert gjennom en stegvis, uformell, bottom-up-prosess. Gruppen har ved siden av å fungere som ideforum og referansegruppe for Ulykkesprosjektet ivaretatt koordineringsoppgaver for lokal forebygging i bred forstand.

Aktivitetsnivået i gruppen har variert etter nøkkelaktørens initiativ og har vært spesielt betinget av innsatsen til helsesøster/koordinator. Som talloppsettet nedenfor illustrerer har møtefrekvensen i Aksjonsutvalget variert de siste årene, for så å falle betraktelig etter 1994.

Oversikt over årlige antall møter i Aksjonsutvalget 1990-95

1990	1991	1992	1993	1994	1995
9	7	6	9	4	0

Vi ser at i 1995 - året etter at Harstad ble utvent til Safe Community - ble det ikke arrangert møter i Aksjonsutvalget. Siden 1996 har aktiviteten i denne tverretatlige gruppen vært lav. I dag koordineres den lokale ulykkesforebyggende innsatsen gjennom enkeltorganisasjoner og mindre interorganisatoriske nettverk, og det er ulike syn på verdien av den større gruppen (Aksjonsutvalget). Hva er årsakene til denne reduksjonen av Aksjonsutvalgets aktivitetsnivå? En mulig forklaring ligger i utfordringen med å etablere en *organsasjonsmessig samordning* av Safe Community aktivitetene med andre tilgrensende lovpålagte forebyggingsprogrammer. I Norge kreves det f.eks. at alle offentlige og private foretak organiserer *Internkontrollsystemer* som har som mål å redusere yrkesrelaterte skader og sykefravær. Videre forutsettes det at norske kommuner gjennomfører *Risiko og Sårbarhetsanalyser (ROS)* som skal fokusere på årsaker og sannsynlighet for ulykker. Mangfoldet av nye konsepter innen forebyggingsfeltet aktualiserer behovet for en samordning av alle lokale forebyggende undersystemer. Der et allmen enighet om at kommunen ikke bør opprette separate styringsorgan for alle forebyggingskonsepter som innføres. Hovedvalget står i dag mellom følgende alternativer:

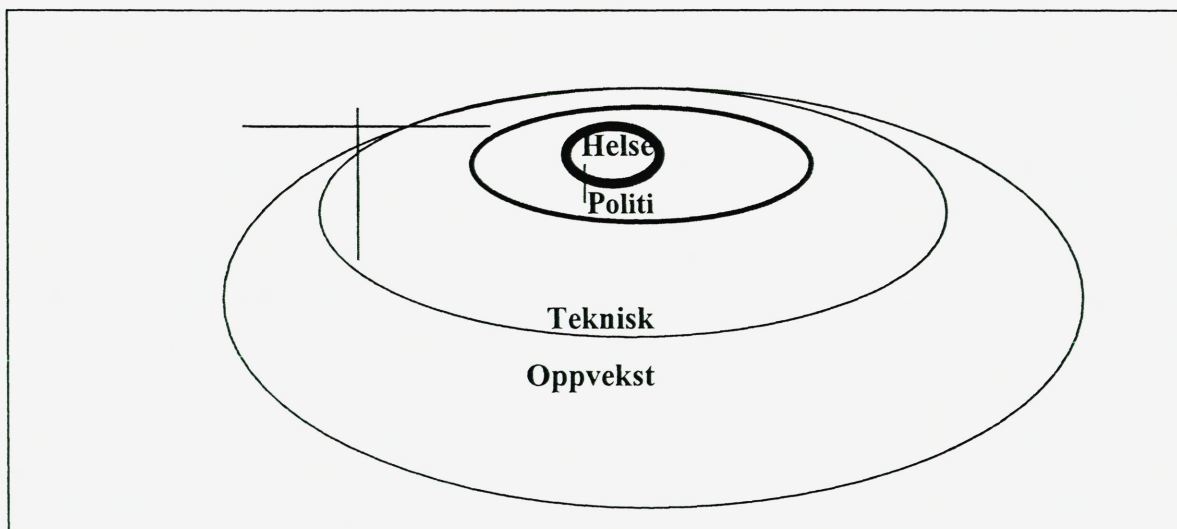
- 1) *Safe Community organisasjonen utvides og fungerer som paraply for et videre spekter av forebyggingsaktiviteter.* Lokale spesialgrupper innenfor ulike forebyggingsområder opprettes etter behov.
- 2) *Dagens Safe Community organisering med vekt på ulykkesforebygging opprettholdes.*

En annen forklaring på Aksjonsutvalgets reduserte møtefrekvens etter 1994 er at det lokale ulykkesforebyggende arbeid har funnet sin faste form gjennom etablerte formelle og uformelle kanaler. Innovasjonsfasen (1988-1994) der Aksjonsutvalget var viktig som møteplass og ideforum er overtatt av en driftsfase som skjer gjennom faste personer og etablerte organisasjoner. Vi tror likevel at endringer i ulykkespanorama vil aktualisere behovet for en ny innovasjonsfase. Dette krever et reorganisert forum og møteplass. Spørsmålet om hvordan organisere og integrere de tverretatlige aktivitetene er en av hovedutfordringene for den lokale Safe Community-modellen.

Undersøkelsen viser for det tredje at møtefrekvens og aktivitetsnivå i det lokale tverretatlige organet er betinget av initiativ fra et lokal sekretariat/koordinator. Til tross for ønsket om å etablere selv bærende samarbeidsprosesser, er en lokal koordinator/pådriver fortsatt en forutsetning for sikring av kontinuitet og fremdrift.

Figur

Offentlige aktører i ulykkesforebyggende arbeid i Harstad rangert etter posisjon i samarbeidsnettverket.



Figuren gir et forenklet bilde av hvordan de mest sentrale offentlige fagetatene betrakter egen posisjon i samarbeidsnettverket sammenholdt med hvordan de betrakter de andre organisasjoners posisjon. Vi fant et sterkt samsvar mellom hvordan de respektive organisasjoner vurderer egen plass i nettverket og hvordan andre organisasjoners vurderte samme spørsmål.

Vi ser at «Helseetaten» (inkluderer her sykehuset og kommunale tjenester) oppfatter seg selv og blir oppfattet av de andre samarbeidende organisasjoner som nøkkelorganisasjon innen ulykkesforebygging, mens den kommunale avdeling for «Oppvekst og kultur» får en mer perifer plass. Flere av informantene knytter helseetatens sentrale posisjon i samarbeidsnettverket til at Skaderegisteret ved Harstad sykehus og koordinatorfunksjonen for ulykkesforebyggende arbeid lagt til helsesøster ved forebyggende seksjon. Det kan fremstå som et paradoks at «Oppvekst og kultur» som en ny og stor kommunal avdeling (skole, kultur, barnevern, m.v) med betydelige forebyggende oppgaver blir plassert og plasserer seg selv i en marginalposisjon i forbindelse med ulykkesforebygging. *Er Safe Community modellen for lite innarbeidet, eller er konseptet for snevert definert til å gi gjenklang i relevante fagmiljøer?* Dette bringer oss over til spørsmålet om symbolbetydningen av Safe Community og hvordan symbolet fortolkes lokalt.

7. Hvordan fortolkes Safe Community lokalt ?

Hovedmålsettingen bak Safe Community er ifølge WHO å utvikle nyskapende, lokalsamfunnsbaserte tilnærminger til forebygging av skader forårsaket av ulykker og vold. Vi fant betydelige variasjoner i hvordan ulike profesjoner og etatsrepresentanter både fortolket Safe Communitykonseptet generelt og den lokale implementeringen av denne modellen. Samtlige 20 informanter som deltok i undersøkelsen hevdet at de kjente til Safe Community-begrepet. Majoriteten definerte dette som et *tverrsektorelt forebyggingsprogram*. Gjennom intervjuene ble det imidlertid avdekket forskjeller i hvordan aktørene oppfattet målsettingene bak SC modellen. En skillelinje går mellom det vi her kan kalle en «avgrenset» og en «utvidet» forståelse av forebygging. Majoriteten (70%) av respondentene oppfattet modellen som et program for lokal tverrsektoriell ulykkesforebygging. Disse betraktet helsetjenesten (kommunal/fylkeskommunal) som primære organisasjoner både i modellen generelt og den lokale tilpassingen av modellen spesielt. Hos mindretallet (primært oppvekstetaten) finner vi også en alternativ og utvidet forståelse av Safe Communitykonseptet som overskrider «ulykker, vold og selvpåført skade».

Hovedargumentet er at både sosiale og velferdsspørsmål, som skole, arbeid, nærmiljø og livskvalitet - er inkludert - eller i det minste bør inkluderes i Safe Community:

Hvis vi først skal snakke om et trygt lokalsamfunn, så syns æ sånne begrepa(oppvekst, levekår) e helt sentrale.... det har ingen mening å fokusere bare på ulykkesforebygging... vi må utvide og integrere våre perspektiv. Unge har et komplett 24 timers liv... men dagen er oppdelt i tid og sted og institusjoner ...de er på skolen, hjemme, gjør lekser, så leker de kanskje, deltar i sport og går på kino.

Dette sitatet stammer fra en pedagog/kommunal leder og representerer en posisjon som er kritisk til Safe Community konseptets potensiale til å fange et helhetlig perspektiv på forebygging. Det argumenteres for et mer utvidet og helhetlig perspektiv på forebygging i tråd med WHO's «Healthy Cities»¹). En annen argumentasjonslinje mot Safe Community som bevegelse kan oppsummeres i at «livets skole bør gi et tilstrekkelig antall små skader.»:

En del av det å bli voksen e blant anna at du har vært borti et eller anna skarpt sår altså... har du ikkje fått dem , så sannelig mangle du nokka... på en måte fikk æ det (Safe Community) litt i vrangstrupen av den grunn.

I interjuenes åpne innledende fase ble nøkkelaktørene bedt om å karakterisere essensen i det lokale SC samarbeidet gjennom å bruke metaforer. Vi siterer nedenfor to kontrasterende oppfatninger. Disse representerer synspunktene til ledende fagpersoner i ulike etater :

Safe Community er et tog. Det ulykkesforebyggende toget er på skinnene - men de lokale ulykkesdata er lokomotivet som holder toget på skinnene.

Safe Community er som en vimpel ... en vimpel som det er veldig viktig å bruke når du feirer noe... men ellers er det veldig lite.

En nærmere analyse av de kvalitative intervjuene med 20 lokale nøkkelaktører avdekker variasjoner med hensyn til hvordan aktørene oppfatter *ideologiske sider* ved Safe Community konseptet. Det er sannsynlig at det vil være en sammenheng mellom hvordan konseptet oppfattes og konkrete handlinger i forhold til prosjektet. Det vil være sannsynlig at vi investerer tid /innsats i forhold til et konsept vi tror virker , eller som bygger på en ideologi som er i samsvar med egen overbevisning. Sitatene nedenfor representerer fire ulike personer, og illustrerer variasjonene i oppfatninger - eller konstruksjoner - av ideologiske implikasjoner av Safe Community som symbol :

Safe Community som organisasjonsmodell:

Safe Community som et symbol for en dynamisk, samarbeidende, lærende organisering av lokalt ulykkeforebyggende arbeid.

Safe Community som «empowerment»:

Safe Community som et revolusjonært frigjørende konsept som bidrar til å gi makten tilbake til folk og lokale fellesskap .

Safe Community som «overvåking, sikkerhetsoverdrivelse og kjedelige liv»:

Safe Community som et repressivt fellesskap der det offentlige og profesjonene tar over kontrollen med folks daglige liv.

1) Healthy Cities er et WHO prosjekt som omfatter over 1000 byer. Konseptet har en lavere medlemstærskel enn Safe Community og inkluderer alle kategorier tiltak som kan bidra til: « shaping of a healthier public policy». (Ashton 1992.) Healthy Cities har en mer helhetlig tilnærming til forebygging, enn Safe Community.

Safe Community som «spesialitet»:

Safe Community som et område som primært angår lokale helse profesjoner og institusjoner.

Vi ser her at Safe Community tillegges ulike symbolske betydninger. Barths tese om at symboler i seg selv ikke representerer ideer (mening), men at deres meningskraft oppstår i møtet mellom bildet og kunnskapen og erfaringen mennesker bringer til det, kan hjelpe oss til å forstå disse variasjonene. (Barth 1993:332) De ulike fortolkningene av Safe Community som symbol blir til virkelighet uavhengig om disse er i tråd med WHO's opprinnelige intensjon eller ikke. Safe Community vil kunne ha mobiliserende kraft avhengig av aktører og kontekst.

8. Hvordan påvirkes organisasjonene av Safe Communitysamarbeidet ?

Alle organisasjoner har relasjoner til andre organisasjoner. Noen relasjoner er trivielle mens andre har større betydning. Når vi nærmer oss temaet om institusjonelle effekter av Safe Community samarbeidet, er vi spesielt interessert i å studere effekter på de samarbeidende organisasjoner. Fokus er mer på de spesielle organisasjonene enn på inter-organisatoriske relasjoner. Spørsmål som kan stilles er om det skjer organisasjonsmessige endringer som følge av SC-samarbeidet, f.eks.:

- Hvilke samarbeidsprosesser oppstår ?
- Påvirkes organisasjonenes dominerende verdier og praksiser i noen grad ?
- Etableres det nye strukturelle ordninger, møte og beslutningssystem ?

Disse spørsmålene ble søkt belyst empirisk gjennom å be nøkkelaktørenes vurdere implikasjoner for egen organisasjon. Det ser ut som om SC.-samarbeidet i liten grad har påvirket strukturelle trekk ved de samarbeidende organisasjoner. Samarbeidet har ikke slått inn i noen av de berørte formelle organisasjonene som inngår i vårt datamateriale (kommunale avdelinger, politi, sykehus, høgskole) på noen gjennomgripende måte. Ingen strukturelle elementer som møter, beslutningssystem og vanlige rutiner er endret.

Med unntak av helsekontoret, opererer organisasjonene ikke med spesifikke budsjettposter som skal dekke utgifter til ulykkesforebyggende samarbeid. I tilpassingen av egen organisasjon til SC-samarbeidet har de fleste organisasjonene valgt en spesialiseringsstrategi - ved å la en bestemt medarbeider fungere som etatens representant i SC-nettverket. Det var f.eks. naturlig for Politiet å tillegge den eneste betjenten som arbeidet innen etatens forebyggende seksjon en rolle i samarbeidet. Vi har tidligere beskrevet det lokale samarbeidet som uformelt og personlig, med kjennetegn som vi kan finne igjen i mindre frivillige organisasjoner. Våre studier av samarbeidet i Harstad-nettverket viser at samarbeidet mellom organisasjonene skjedde på en uformell *ad-hoc basis*, der et gitt problem fikk organisasjonen til kontakte en annen for et råd eller annen hjelp. Denne type utveksling ble vedlikeholdt mer av verdifelleskap og tro på at «forebygging nytter», enn en strategisk utveksling av tjenester mellom organisasjoner.

Samarbeidet inneholder imidlertid også innslag av instrumentelle trekk - og relasjoner som kan analyseres som utveksling, eller bytte av verdier.

Ifølge Schmidt og Kokhan, kan et bytte analyseres som en slags kjøpslåing der hver organisasjon søker å maksimere egen nytte ved å innhente ressurser fra en annen organisasjon. (Hall 1977;299) .

Figur : Samarbeid mellom kommune og sykehus som et bytte av ressurser

Sykehus	Kommune
Skaderegister/-statistikk	Kartmateriale/skadedata fra primærhelsetjenesten
Skaderapporter	Finansiering av rapport og distribusjon (?)
Evaluering	Forebyggende intervensjon

Oversikten må leses som en idealtypisk fremstilling av utveksling av ressurser mellom to av hovedaktørene i Harstad-modellen. Sterkt forenklet kan vi beskrive sammenkoplingen mellom sykehusbasert ulykkesregistrering (rehabilitering/tertiær-forebygging) og kommunal intervensjon (primær-forebygging) som kjerneelementene i modellen. Det følgende avsnittet inneholder et forsøk på å analysere elementer av samarbeidet som et bytte av ressurser mellom to organisasjonssystemer. (Blau,1964). Arbeidsdelingen går mellom et registrerende system (sykehuset) og et intervensjonerende system (kommunale etater) 1). Sykehusets registreringsfunksjoner er integrert, mens kommunens innsats må skje gjennom ulike organisatoriske sektorer (sub-system). Ser vi bort fra sykehusets primære funksjoner - diagnostisering, pleie og behandling - består sykehusets hovedbidrag til det lokale SC-samarbeidet av en systematisk skaderegistrering og tilbakemelding. Systemet åpner for høykvalitets statistikk og ulykkesrapporter. Det har vært distribuert kvartalsvise trafikkulykkes-rapporter til husstandene - med fokus på bevisstgjøring om utviklingstrekk og aktuelle trafikksikkerhetsproblemer.(Ytterstad,1995) (1)

1) Fra 1989 har sykehuset distribuert kvartalsvise trafikkskaderapporter med detaljert informasjon om samtlige registrerte trafikkulykker i området. Rapportene inkluderer data om ulykkestidspunkt, lokalisering, og detaljerte beskrivelser («victim stories») med opplysninger om alder, kjønn, trafikkantkategori og type skade. Rapportene tar i bruk enkel statistikk og grafikk for å formidle lokalt skadepanorama og utviklingstrekk. Trafikkskaderapportene har vært distribuert til alle skolekretsene fra 1990, og til alle husholdningene i kommunen fra 1992. (N=9300 / Ytterstad,1995:142).

Skaderegisteret fikk stor betydning for det lokale forebyggende arbeidet. Det ga et grunnlag for identifisere målgrupper for intervensjon, (f.eks. småbarnsfamilier) og videre evaluere de kommunebaserte intervensjonsprogrammene ved hjelp av «base-line»-opplegg. Analyserer vi samspillet mellom sykehuset og kommunens avdelinger som en utveksling eller et bytte, går sykehusets interesser i forhold til det lokale forvaltningssystemet ut på ;

- * adgang til å innhente ulykkesdata fra lokale legekontorer
- * digitale kart av kommunens trafikknnett fra teknisk avdeling
- * samarbeid fra ulike offentlige sektorer , bl.a. helse, trafikk, politi mht. konkrete intervensjonsprogrammer
- * finansiering av trykking og distribusjon av Trafikkskaderapportene

Dekningen av utgiftene til trykking og utsendelse av Trafikkskaderapportene blir av sykehusets ildsjeler oppfattet som et problem vis a vis kommunen. Fra opprinnelig å være betraktet som kommunens andel av et bytte, har denne marginale utgiften de senere årene vært dekket som gave fra forsikringsbransjen og andre private aktører. Fra skaderegisterets nøkkelaktører oppfattes dette som å bli tvunget til å tigge. I perioder med knapp kommunal økonomi får Safe Community en slags klientstatus i forhold til kommunal organisasjon og kommunen oppleves som «gratispassasjer». Intervjuene med de lokale ildsjelene gir oss grunn til å anta at kommunens lave økonomiske oppfølging blir oppfattet som et symbol for sviktende reell prioritering av dette samarbeidet. På den annen side finner vi en forståelse for at ikke lovpålagte tiltak av denne type tiltak er følsomme for variasjoner i kommunal økonomi.

Når vi analyserer samarbeidet med sykehuset ut fra *kommunens posisjon*, fremgår det at noen aktører, spesielt trafikketaten, mener at mangelen på direkte on-line adgang til *skadedatabasen* er et problem. Etter dagens ordning bestiller de ulike eksterne etatene spesialstatistikk som analyseres og distribueres av sykehusets skadesekretær. Fra trafikketatens posisjon oppfattes denne ordningen som byråkratisk, og med den konsekvens at viktige intervensjons og evalueringsmuligheter forblir ubenyttet.

En direkte on-line kontakt med databasen ville være en motiverende faktor og et tegn på et reelt samarbeid (info-flyt) over organisasjonsgrenser. Studier fra «pionerfasen» 1986-94 viser at kommunen tok flere initiativ for å få til en avtale med Harstad sykehus om økt adgang til databasen. Det ble arrangert forhandlingsmøter mellom representanter for de to institusjoner men uten resultat. Hovedargumentene fra sykehusets side mot en on-line adgang var av *juridisk - økonomisk karakter* - databasen inneholdt sensitive data som kunne identifisere enkeltpersoner og en endring av registeret ville være uforholdsmessig kostnadskrevende.

Sykehusets synspunkt ble av enkelte kommunale aktører oppfattet som sekundær argumentasjon - «sykehuset ønsket å sette grenser for samarbeidet» - og ideen om en direkte adgang til databasen over organisasjonsgrenser og forvaltningsnivå ble etter hvert gitt opp. Det bør likevel understrekes at andre kommunale etater - heriblant helse - er fornøyde med tilgjengeligheten til databasen. Harstad-modellen for datautveksling skiller seg heller ikke negativt ut sammenlignet med andre norske kommuner .

I forsøket på å beskrive og reflektere over kvalitative egenskaper ved «Safe Community»-samarbeidet vil vi på ny understreke betydningen av ildsjeler og uformelle prosesser. Samarbeidet drives fram av noen få usedvanlige mennesker - hovedsakelig forebyggingsentusiaster som i ulik grad har forebygging som en del av sine profesjonelle oppgaver. Samarbeidsrelasjonene vedlikeholdes gjennom at personene ser ut til å trives sammen, oppnådde resultater feires, og det spøkes med hverandres fagroller og forskjeller i rang og status.

Møte i Aksjonsutvalget:

Overlegen gir helsesøster hedersbetegnelsen «Turbohelsesøster», samtidig som han tar på seg en polstret truse over ytterklærne for å demonstrere sikkerhetsutstyr for eldre og fallskader (hoftefrakturer).

Samtidig som aktørene er «på spøkefot» og deler et sett av kulturelle koder, opprettholdes det en grunnleggende respekt for de ulike profesjonenes kompetanseområder, og hvilke områder det er rimelig å samarbeide om .

Relasjonene mellom nøkkelaktørene i Safe Community nettverket har likhetspunkter med Tønnies idealtipe: *gemeinschaft* (Tønnies, 1887). Denne ideal-type kjennetegnes av sponanitet, affektivitet som knyttes til at vi fremstår som «hele personer», mer enn «avgrensede roller». Dette er relasjoner som knyttes til kulturell homogenitet - familier og enkle før-moderne samfunn. *Gemeinschaft* står i kontrast til *gesellschaft*: individuelle, upersonlige, kalkulerende relasjoner som er typiske for moderne urbane samfunn.

Vi finner et sterkt sammenfall i hvordan de lokale nøkkelaktørene evaluerer samarbeidsmodellen. 18 av 20 karakteriserer Harstad- modellen som:

* *lite institusjonalisert*, i betydningen formelt innarbeidet i de samarbeidende organisasjoner, og derfor

* *sårbar og avhengig av enkeltpersoners* (lokale entusiastenes) initiativer.

Det uformelle dominerer Harstad-modellen. Dette kan formuleres teoretisk som at relasjonen mer samsvarer logikken i et *samarbeid* som et *frivillig bytte*, enn som følge av et *mandat*. (Hall 1977:299). Koordinering gjennom samarbeid skiller seg fra koordinering gjennom et mandat. Samarbeid kan forstås som en frivillig koordinert innsats, basert på partenes erkjennelse av gjensidig avhengighet og at alle i prinsippet kan tjene på å koordinere virksomhetene. I organisasjonslitteraturen beskrives ulike problemer som hefter ved samarbeidet som koordineringsstrategi, bl.a. beregning av bidrag/gevinst og gratispassasjerproblemet. Frivillig samarbeid har en positiv ladning, men er samtidig en svak koordineringsstrategi. Samordning gjennom mandat representerer en form for tvungen koordinering ved at en tredje part bruker makt, gjerne basert på formell posisjon eller kontroll av viktige ressurser.(Williamson 1975).

9. Implikasjoner av Safe Community - Hva skjer når lokale aktører bruker symbolet ?

Vi har tidligere vist hvordan Safe Community-symbolet kan tillegges ulike meninger avhengig av fortolkning, intensjon og kontekst. Debatten om den nye trafikkplanen for Harstad sentrum brukes her som et case. Gjennom planprosessen ble det aktualisert motsetninger både som verdi og interessekonflikter mellom ulike lokale grupper, heriblant forretningsdrivende, miljøvern og bilorganisasjoner. Sentrale stridsspørsmål var arealfordelingen mellom fotgjengere og motorisert trafikk og valg av konkrete trafikkløsninger. Handelsstanden argumenterte for en åpen by modell, som krevde prioritering av parkeringsplasser og adgang for bilen. Lokalavdelingen av Norges Automobilforbund (NAF) utarbeidet foreningens alternative trafikkplan basert på filosofien om optimal trafikkflyt og løsninger som skulle få trafikken så greit som mulig ut av sentrum. Konsekvensen av denne var en noe større prioritering av arealer øremerket motorisert trafikk og andre trafikale løsninger, enn den opprinnelige planen. Andre aktører - fagfolk, politikere og miljøvernere arbeidet for løsninger som bilorganisasjonen karakteriserte trafikkfarlige ved at de la hindringer for trafikkflyten. Kommunens trafikk og planetat utviklet et planutkast som langt på vei fulgte hovedprinsippene i den «bilbegrensende» modellen. Planen inneholdt en klar arealmessig prioritering av fotgjengere, samtidig som det ble lagt fysiske hindringer for veitrafikken bl.a. i form innsnevring av kjørefeltene. Både tilgjengeligheten og farten til den motoriserte trafikken ble redusert. Planen utløste en følelsesladet avisdebatt i lokalavisen «Harstad Tidende», der bilorganisasjonene og yrkessjåførene var de viktigste kritikerne. Spørsmålet om sentrumsplanen engasjerte interessegrupper og utløste en politisk ladet prosess der partene tok i bruk argumenter om ulykkesforebygging og Safe Community ofte i en retorisk og strategisk sammenheng. Selv om partene i konflikten hadde vidt forskjellige målsettinger og tro på hvilken løsning (teknologi) som virket mest forebyggende, fant de likevel Safe Community symbolet anvendbart som argument for egne strategiske mål. Dette gjør Safe Community til et anvendbart og fleksibelt konsept .

En av våre intervjupersoner - en kommunal leder - fortalte hvordan vedkommende tok i bruk Safe Community symbolet som strategi for å etablere politisk støtte for et upopulært prosjekt i kommune styret.

Safe Community har hatt virkning lokalt. I mitt arbeid har Safe Community tjent som et argument for å få initiert viktige og ofte politisk upopulære fysiske trafikk løsninger. Jeg har brukt begrepet og vår lokale status for hva det er verdt - som et sekundært argument : Siden vi (Harstad)er en safe community må vi være et eksempel for andre og være i front. Symbolet kan ha sin virkning dersom du bruker det rett.... men hvis du bruker det defensivt for å forsvare at du ikke gjør noe, har det ingen effekt.

Andre kommunale aktører opplever Safe Community symbolet som en utfordring. Fra opprinnelig å fungere som en positiv grønn linje, eller kommunikasjonskanal mellom lokalbefolkningen og kommunens fagsektorer, i tråd med «empowerment» ideologien, tenderer befolkningen mer å bruke Safe Community symbolet «negativt»:

«...som et argument der du kan plassere alle slags klager og misnøye mot kommunale tjenester»

Meningsinnholdet i Safe Community gjenskapes og omskapes kontinuerlig. I perioder med lav prioritering av forebygging - (f.eks. brøyting eller strøing av fortau) utsettes konseptet for slitasje og det kan brukes retorisk - ofte i en harselerende form - mot kommunen. For publikum representerer Safe Community en mulighet for å få lokale prosjekt på dagsorden, i tråd med ideene bak «empowerment». Vi mangler systematiske data om publikums bruk av «Safe Community-argumentasjon» i leserinnlegg og direkte henvendelser til kommunen over tid. Vårt hovedinntrykk og hypotese går i retning av en redusert bruk .

10 . Avsluttende konklusjon

Hovedperspektivet i denne studien har vært Safe Community som et symbol. Med støtte i Fredrik Barths tese, hevder vi at symbolets meningsinnhold og styrke bestemmes av den kunnskapen og erfaringene lokale aktører legger inn i det. (Barth 1993).

Symbolet åpner for mulighetene til å konstruere ulike varianter av et trygt lokalsamfunn. Fortolkningen og iscenesettingen av Safe Community påvirkes av en rekke faktorer, blant annet viktige aktøres posisjon, profesjon, interesser og verdier. Den lokale Safe Community- innsatsen er følsom for variasjoner i kommunal økonomi. Vi har beskrevet en lokal implementering av Safe Community der hovedaktørene har prioritert praktisk forebyggende innsats foran den formelle institusjonaliseringen av arbeidet i de samarbeidende organisasjoner. Konkret handling har vært prioritert foran planlegging og organisasjonsbygging. Dette uformelle og pragmatiske samarbeidet har ført til en rekke veldokumenterte forebyggingsresultater. (Ytterstad, 1995). Denne studien bekrefter i likhet med studier at Bjarås, 1992 og Nilsen, unpubl., betydningen av fagfolk og personfaktoren både i planlegging og gjennomføring av lokalbasert ulykkesforebygging. Prosjekter av denne karakter berører sektorinteresser og må koordineres. Vår undersøkelse viser at Safe Community vil kunne tillegges ulike symbolske betydninger og gi næring til forskjellige strategier og handlinger. I kontekster der Safe Community er lite institusjonalisert kan symbolet brukes for å fremme kvalitativt forskjellige strategier og handlinger. Vårt materiale om diskursen om sentrumsplanen for Harstad illustrerer dette. Her ble Safe Community argumentasjon brukt for å fremme et alternativ som motparten oppfattet som trafikkfarlig - og vice versa. Parallellen kan her trekkes til artikler av Rønning og Nygård som har påpekt problemene med å dokumentere hva som faktisk virker innen primærforebyggende intervensjon (Rønning og Nygård i Lorentzen 1982).

Som strategi for koordinering fungerer Safe Community mer som et *frivillig bytte* av tjenester mellom organisasjoner enn som et *mandat* som pålegger samarbeids og samordning(Hall,1991). Dette gjør konseptet til et idealistisk men svakt koordineringsredskap. I noen tilfeller - spesielt når det gjelder økonomi - opplever nøkkelpersonene at Safe Community kommer i en slags klientposisjon i forhold til kommunal organisasjon. SC tillegges mer status som et prosjekt, enn et program . Studien fra Norges første «Trygge Lokalsamfunn» viser at symbolet kan gis ulike meningsinnhold og utløse ulike handlingsstrategier.

Safe Community kan ha en mobiliserende kraft og kan iscenesettes på ulike måter. Så godt som alle 20 personer som vi har intervjuet opplever Safe Community positivt. Et argument som går igjen er at Safe Community arbeidet representerer en mulighet til å bygge bro mellom profesjoner og organisasjonsmessige sektorer. Samarbeidet om ulykkesforebygging etter Safe Community-modellen har ført til dannelse av et lokalt fellesskap, «community» mellom noen få entusiaster. Blant disse finner vi de sterkeste relasjonene mellom 4-5 nøkkelpersoner som til tross for ulikheter mht. utdanning, posisjon og etatstilknypning, deler noen grunnleggende verdier og tilnærminger til forebygging. Case-studien fra Harstad viser også at Safe Community-konseptet ser ut til å skape skiller mellom fagfolk/etater som definerer seg som innenfor eller utenfor nettverket. Karakteristisk for «outsiderne» er opplevelsen av Safe Community som et program som angår *helsesektoren*. Det kan fortone seg som et paradoks at representanter for oppvekstetaten, som organiserer viktige forebyggende arenaer og etater som barnehage, skoler, barnevern og fritidssektoren både er avventende til Safe Community modellen og plasserer seg perifert i det lokale nettverket. 1) Etter WHO-statusen i 1994 er flere lokale «spin off»- prosjekter gjennomført. Noen av disse er sannsynligvis direkte inspirert av Safe Community-statusen, mens andre prosjekt er lokale varianter av andre nasjonale/internasjonale forebyggingskonsepter. (Anti-vold/Healthy Cities, m.v.). Case-studien fra Harstad viser at Safe Community kan fungere som en bevegelse ved at symbolene kan skape fellesskap på tvers av sektorer og fagkulturer og inspirere til handling. Samarbeidet har imidlertid i liten grad satt sine organisasjonsmessige spor i de respektive organisasjonene. Hva skjer hvis ildsjelene forlater kommunen eller «brenner ut»? Vi er her ved en av hovedutfordringene ved modellen: Hvordan integrere og forankre dette verdifulle tverrfaglige og tverretatlige samarbeidet i kompliserte og spesialiserte byråkratiske organisasjoner?

1) Avdeling for oppvekst har fått en mer sentral posisjon i S.C. samarbeidet etter 1998 bl.a. som følge av økt forebyggingsinnsats og arbeid med Oppvekstplan for Harstad kommune.

En annen viktig Safe Community-utfordring som ikke har vært fokusert i denne studien henger sammen med realiseringen av grunnverdiene i Ottawa-charteret og Safe Community. Det er spørsmålet om «empowerment» som ide og prosjekt - mulighetene til å mobilisere beboere og lokale nettverk på grasrotnivå til forebyggende innsats.

Jeg vil takke Johan Lund, Skadeforebyggende Forum/Statens Institutt for Folkehelsen, Børge Ytterstad, Universitetet i Auckland, New Zealand/Harstad sykehus og Kjetil Nilsen, Høgskolen i Harstad for kommentarer til dette arbeidet.

Litteratur

Andersson,R.: *Regional strategies for injury prevention: Experiences from six county-wide programs in Sweden*. International Journal for Consumer Safety, Vol.3.No.2,1996.

Ashton, J. (ed.) (1993) *Healthy Cities*. Open University Press, Philadelphia.

Barth,F.:*Balinese Worlds* The University of Chicago press. Ltd.,London 1993.

Beck,U.: *Risk Society: Towards a New Modernity*. Sage, London 1992.

Berg,A.: *Ulykkesprosjektet . Prosjekt innen ulykkesforebyggende arbeid 1990-94. Sluttrapport*. Harstad kommune 1995.

Berger,P & Luckmann,T. *The Social Construction of Reality*. Penguin, Harmondsworth1971.

Berger,P.,Berger,B.,Kellner,H.: *The Homeless Mind. Modernization and consciousness*. Random House,Inc., New York,1973.

Bjarås,G.: Community Diagnosis, Participation and Leadership Studies of a Swedish injury prevention program. Karolinska Institutet, Department of Social Medicine, Stockholm 1992.

Blau.P. Exchange and Power in Social Life. Wiley, New York, 1964.

Cohen,A.P.: The Symbolic Constitution of Community. Key Ideas. The Open University. 1985.

Cohen,M.D.;March,J.G.&Olsen,J.P.(1979) : «People, problems, solutions, and the ambiguity of relevance», in Ambiguity and Choice in organisations. Bergen ; University press.

Edelman,M.: (1964) The Symbolic Uses of Politics. Urbana: University of Illinois Press.

Ekman,R.: Injuries in Skaraborg County, Sweden. Surveillance, analysis, and evaluation of community intervention at municipal and county level. Karolinska institute, Department of Public Health Sciences, Stockholm, 1996.

Haglund,B.J.A.:(1988)The community diagnosis concept - a theoretical framework for prevention in the health sector. Scand.J.Prim.Health Care. Suppl 1,11-13

Haglund,B.J.A. et al.: Assessing the Community: Its Services, Needs, Leadership and Readiness. In Bracht,N. (ed.) Health Promotion at the Community Level. Sage, Newbury Park, 1990.

Hall, R.H.: Organizations - Structures, Processes, and Outcomes. Prentice-Hall International. Inc. 1991.

Jary & Jary: Collins Dictionary of Sociology, HarperCollingsPublishers 1995.

Powell,W.W, DiMaggio,P.J.:The New Institutionalism in Organizational Analysis The University of Chicago press, Ltd.,London 1991.Chicago

World Health Organization: The Ottawa charter for health promotion. Health Promotion 1(1986)iii-v.

Lund,J.(ed.) Third International Safe Communities Conference, Harstad, 6-8 June 1994. Norwegian Safety Forum, report 6/1994.

Manifesto for Safe Communities. Safety - A universal concern and responsibility for all.

Adopted in Stockholm, September 20th 1989 at the 1. World Conference on Accident and Injury Prevention. Geneva: World Health Organization, 1989.

Mikkelsen,S.(1998) Safe Community - Symbol and co-operation - A Study of inter-sectoral co-operation and development in a Norwegian community. HIH skriftsserie 1998/6. Harstad college.

Nilsen,Ø(1996) Community Health Promotion: Concepts and Lessons from Contemporary Sociology. Health Policy 2: 1996.

NOU 1998:18 Det er bruk for alle . Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene

Pfeffer,J. (1982) Organizations and Organization Theory. Ballinger Publishing Company Cambridge, Massachusetts.

Rifkin,S.B. (1985).Health Planning and Community Participation: Case studies in South-East Asia. London: Croom Helm.

Sundstrøm,M., Svanstrøm,L.(1997): Criteria for the Safe Community Network. Karolinska Institute, Department of Social Medicine, Stockholm.

Williamson ,O.E. :Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications. The Free Press, New York 1975.

Ytterstad,B.(1995) :The Harstad Injury Prevention Study: Hospital- based injury recording and community-based intervention. Institute of Community Medicine, University of Tromsø, Norway.



Publikasjonsliste fra Høgskolen i Harstad

Fra og med 1996 ble tidligere publikasjonsserier ved Høgskolen i Harstad erstattet med en **Skriftserie** og en **Arbeidsnotatserie**.

Skriftserien - ISSN 0807-2698

- 1999/4 **Rolf Wynn:** «Conversation Analysis and the Conversational Rules»
(82-453-0119-1) Kr. 50,-
- 1999/3 **Stein Mikkelsen:** «SAFE COMMUNITY - SYMBOL OG SAMARBEID
Sluttrapport fra studie av lokalt ulykkesforebyggende arbeid organisert etter
WHO's Safe Community (Trygge Lokalsamfunn)-modell.»
(ISBN 82-453-0118-3) Kr. 60,-
- 1999/2 **Terje Thomsen:** «Mot fremtidens utdannelse - om *skjønnheten og udyret i
høgre utdanning*». (ISBN 82-453-0117-5) Kr. 50,-
- 1999/1 **Rolf Utkvitne:** «Harstad og nyetableringer i detaljhandelen».
(ISBN 82-453-0115-9) Kr. 90,-
- 1998/20 **Rikke Gürgens:** «Regiroller og teaterorganisering. *Casestudie av Bentein
Baardsons regi av 'Garmann & Worse & Co' på Rogaland teater.*»
(ISBN 82-453-0114-0) Kr. 130,-
- 1998/19 **Tore Høgås:** «Deconstructing and Reconstructing the Text: Intertextualities of
Literature, Body, and Nature in Jane Smiley's *A Thousand Acres.*»
(ISBN 82-453-0113-2) Kr. 130,-
- 1998/18 **Harald Torsteinsen:** «Om å skynde seg langsomt. Hvordan skape oppslutning
om organisasjonsreformer i kommunesektoren?»
(ISBN 82-453-0112-4) Kr. 40,-
- 1998/17 **Truls Erikson:** «Intellektuell kapital: Hvilke grep må til?»
(ISBN 82-453-0111-6) Kr. 40,-
- 1998/16 **Ruben Moi:** «Voice and Vision - An analysis of the Allegorical Aspects in
Seamus Heaney's Oevre» (ISBN 82-453-0110-8) Kr. 120,-
- 1998/15 **Tore Einar Johansen / Kjell Toften:** «Retraining of Russian Military Officers
- a feasibility study» (ISBN 82-453-0109-4) Kr. 50,-
- 1998/14 **Alexander Kwesi Kassah:** «The Community Idea»

(ISBN 82-453-0107-8) Kr. 50,-

- 1998/13** **Alexander Kwesi Kassah:** «Community-Based Rehabilitation in the city: A case of Jamestown-Accra, Ghana» (ISBN 82-453-0105-1) Kr. 50,-
- 1998/12** **Kjell Toften:** «Chain Integration in the Norwegian Hotel Industry - industry overview, causes, and some strategic implications (ISBN 82-453-0104-3) Kr. 50,-
- 1998/11** **Baard Borge:** «NS' mange ansikter: Innholdsanalyse av et propagandaskrift fra 1944» (ISBN 82-453-0103-5) Kr. 70,-
- 1998/10** **Truls Erikson:** «Entrepreneurial Capital - The Emerging Venture's Most Important Asset & Competitive Advantage» (ISBN 82-453-0098-5) Kr. 40,-
- 1998/9** **Anne Marit Bygdnes:** «Toalett-trening av mennesker med psykisk utviklingshemming. En teoretisk drøfting og et empirisk bidrag». (ISBN 82-453-0097-7) Kr. 120,-
- 1998/8** **Tanja Susann Ihlhaug/Leif Hugo Hansen:** «Medbestemmelse eller mer bestemmelse? - bruker lederne de tillitsvalgte?» - *En undersøkelse om ledelsesatferd og ansattes medbestemmelsesrett i kommunal virksomhet i Troms Fylke.* (ISBN 82-453-0096-9) Kr. 90,-
- 1998/7** **Kjell Toften:** «Express Reiser - Scandinavian Package Tour Industry» (ISBN 82-453-0095-0) Kr. 40,-
- 1998/6** **Stein Mikkelsen:** «Safe Community - Symbol and Co-operation. A study of inter-sectoral co-operation and development in a Norwegian community» (ISBN 82-453-0094-2) Kr. 50,-
- 1998/5** **Truls Erikson:** «A Study of Entrepreneurial Intentions Among a Cohort MBAs - The Extended Bird Model». (ISBN 82-453-0093-4). Kr. 50,-
- 1998/4** **Arild Wikan:** «4 Periodicity in Leslie Matrix Models with Density Dependent Survival Probabilities» (ISBN 82-453-0092-6) Kr. 70,-
- 1998/3** **Arild Wikan:** «Dynamical Consequences of Reproductive Delay in Leslie Matrix Models with Nonlinear Survival Probabilities» (ISBN 82-453-0091-8) Kr. 70,-
- 1998/2** **Terje Thomsen:** «Gruppeintervjuet - avgrensning, anvendelse og anvisning» (ISBN 82-453-0089-6) Kr. 50,-

- 1998/1 **Alexander Kwesi Kassah:** «Community Based Rehabilitation and Stigma Management by Physically Disabled People in Ghana». (ISBN 82-453-0088-8) Kr. 50,-
- 1997/17 **Tore L.Jensen:** «Interorganizational Governance Structure and Outlet Economic Performance». An Application of Accounting Data in Interorganizational Performance Measurement. (ISBN 82-453-0088-8) Kr. 110,-
- 1997/16 **Tore L.Jensen:** «En analyse av ukedagseffekter i futuresmarkedet for elektrisk kraft». (ISBN 82-453-0086-1) Kr. 50,-
- 1997/15 **Baard Borge:** «Krig, oppgjør og nasjonal konsensus - Etterkrigsoppgjørenes sosiale virkninger i Nederland, Danmark og Norge». (ISBN 82-453-0084-5) Kr. 50,-
- 1997/14 **Tore Einar Johansen:** «Myter og virkelighet om samer - 'de e forskjell på folk og finna'» (ISBN 82-453-0083-7) Kr. 40,-
- 1997/13 **Eli Samuelsen:** «Den besværlige tiden» - Betragtninger om praksisopplæringen i sykepleierutdanningen (ISBN 82-453-0082-9) Kr. 50,-
- 1997/12 **Eli Samuelsen:** «Du er ikke verdig en plass i herberget - Refleksjon over etikk og etiske vurderingers plass i sykepleien» (ISBN 82-453-0081-0) Kr. 50,-
- 1997/11 **Vegard A. Schancke/Miriam G. Lukwago:** «A Programme for Early Intercultural Psychosocial Intervention for Unaccompanied Minor Asylum Seekers and Refugees (EM) - a Group Approach» (ISBN 82-453-0080-2) Kr. 50,-
- 1997/10 **Hilde Nordahl-Pedersen:** «Alternativ medisin og skolemedisin - en paradigmediskusjon» (ISBN 82-453-0068-3) Kr. 50,-
- 1997/9 **Inger Aksberg Johansen:** «Reminisens i et interaksjonsperspektiv - En kvalitativ undersøkelse basert på intervju med eldre og sykepleiere» (ISBN 82-453-0079-9) Kr. 120,-
- 1997/8 **Aud Merethe Alme:** «Lønnsreform og ledermobilitet - Metodiske tilnærminger og resultater» (ISBN 82-453-0078-0) Kr. 70,-
- 1997/7 **Truls Erikson:** «Should Managerial Competence be in the Retail Growth Performance Equation?». (ISBN 82-453-0076-4) Kr. 50,-
- 1997/6 **Børre Kristiansen/Steinar Johansen:** «Rammer for omsorg - Alternative modeller for organisering av Hamarøy Bygdeheim» (ISBN 82-453-0071-3) Kr. 70,-

- 1997/5 **Truls Erikson:** «Retail Profit Performance and The Relationship to Marketing Outcomes and Financial Structure» (ISBN 82-453-0075-6) Kr. 50,-
- 1997/4 **Rolf Utkvitne:** «Kompetanse i Detaljhandelen». (ISBN 82-453-0064-0) Kr. 70,-
- 1997/3 **Hilde Nordahl-Pedersen (red.):** «Konferanserapport fra Helsedagene i Nord-Norge 1996». (ISBN 82-453-0069-1). Kr. 150
- 1997/2 **Truls Erikson:** «A Study of Career Choice Intentions Among a Cohort HBS MBA Candidates. The Ajzen Model». (ISBN 82-453-0074-8). Kr. 70,-
- 1997/1 **Truls Erikson:** «An Empirical Study of Entrepreneurial Choice Intentions Among a Cohort of MIT Sloan Fellows. The Shapero Model». (ISBN 82-453-0072-1) Kr. 50,-
- 1997 **Stine Margrethe Hem/Ådne Danielsen/Anne Marie Bakken:** «Ansvarsreformen i Kvæfjord - En stor oppgave til en liten kommune». (ISBN 82-90586-49-3, i samarbeid med Diaforsk) Kr. 190,-
- 1996/1 **Arne-Johan Johansen:** «Fra Dårekiste til normalisert omsorg». (ISBN 82-453-0063-2). Kr. 100,-

Arbeidsnotatserien - ISSN 0809-2567

- 1999/2 **Kristian Floer:** «Hvordan bli en mer effektiv student? - Et studiehefte om tema STUDIEVEILEDNING». (ISBN 82-453-0120-5) Kr. 50,-
- 1999/1 **Rolf Wynn:** «Sykdomslære. En innføring i noen sykdommers årsaker, symptomer og behandling». Et kompendium for helsefagstudenter generelt og vernepleierstudenter spesielt. (ISBN 82-453-0116-7) Kr. 80,-
- 1998/2 **Kjell Toften:** «Reiselivsnæringen i et markedsføringsperspektiv - en introduksjon» Et kompendium for RE 4 Turistmarkedsføring (ISBN 82-453-0108-6) Kr. 70,-
- 1998/1 **Anne Marit Bygdnes:** «Toalett-trening av psykisk utviklingshemmede» (ISBN 82-543-0099-3) Kr. 70,-
- 1997/2 **Aud Merethe Alme:** «Prosjektskisse: Tjenestemannsorganisasjoner og forvaltningsreformer». (ISBN 82-453-0085-3) Kr. 50,-

1997/1

Truls Erikson: «Applying the Canonical Structure of Analysis by Means of Algebra on Managerial Competence and Retail Growth Performance Variables». (ISBN 82-453-0077-2) Kr. 40,-



Bestilling av publikasjoner

Jeg bestiller herved:

Navn på serien	Nummer	Forfatter	Tittel	Pris
.....
.....
.....
.....
.....

Ved samlet kjøp over kr. 500 dekker Høgskolen i Harstad porto/frakt - ellers kommer porto i tillegg.

Navn:

Organisasjon:

Adresse:

Postnr. /sted:

Tlf.: Fax:

Vennligst fyll ut skjemaet og returner til:

Høgskolen i Harstad, 9400 Harstad
Tlf.: 77 05 81 00 Fax: 77 05 81 01

Visste
du at...

Depotbiblioteket



77sd 99 561

... Høgskolen i Harstad med sine ca 1.000 studenter er blant landets minste høgskoler. Et godt studiemiljø og en uformell tone med nærhet og god oppfølging av den enkelte student preger skolen. Ved årsskiftet 1996/97 flyttet vi inn i nye lokaler som ligger idyllisk og sentralt plassert ved byens havnepromenade.

... våre to fagavdelinger - økonomi-/samfunnsfag og helse-/sosialfag - gir flere studiemuligheter blant ulike grunnutdanninger og videreutdanninger:

Grunnutdanninger:

- Varehandel og distribusjon
- Økonomi og administrasjon
- Reiseliv og turisme
- Engelsk grunnfag
- Statsvitenskap grunnfag
- Barnevernpedagogutdanning
- Sykepleierutdanning
- Vernepleierutdanning

Videreutdanninger:

- Revisjon
- Internasjonal handel
- Ledelse og organisasjon
- Helse- og sosialadministrasjon
- Rehabilitering
- Psykiatrisk sykepleie
- Reiseliv og turisme

... foruten ordinære undervisningsoppgaver og kurs påtar Høgskolen i Harstad seg også forsknings- og utredningsoppdrag for næringslivet og det offentlige. Våre ca. 60 fagansatte innehar høy kompetanse og dekker et bredt faglig spekter: Økonomi/administrasjon, sosialøkonomi, ledelse/organisasjon, statistikk, statsvitenskap, sosialantropologi, sosiologi, engelsk, matematikk, pedagogikk, spesialpedagogikk, vernepleie, psykologi, sykepleievitenskap, matematikk, jus.

Post- og besøksadresse: Havnegata 5, 9400 Harstad

Telefon 77 05 81 00. Telefaks 77 05 81 01

Internett: <http://www.hih.no>



HØGSKOLEN I HARSTAD

