



Masteroppgave

## Samstyring og partnerskap i lokalt folkehelsearbeid

Av

Vidar Bjørkli

*”Å komme sammen er begynnelsen. Å holde sammen er framgang.*

*Å arbeide sammen er suksess”.*

Henry Ford





## **Forord**

En miløpæl i livet mitt er nådd. Masteroppgaven er endelig ferdig! Kombinasjonen jobb og studier var ikke så enkel som jeg trodde. Det har vært en lang og slitsom vei mot målet, men jeg skal ikke legge skylda på andre enn meg selv på at jeg har brukt så lang tid som jeg har gjort. Jeg har skrevet oppgaven og er ansvarlig for innholdet, men har vært avhengig av hjelp fra andre. Det er mange som fortjener en takk for at denne oppgaven er ferdig.

Først og fremst må jeg takke alle respondentene som har stilt opp og gitt meg mye nyttig informasjon. Veileder Jan Andersen ved HIL har vært en tålmodig diskusjonspartner og har gitt meg mange gode og konkrete tilbakemeldinger underveis i arbeidet. Mine to studievenninner på lesesalen på Lillehammer, Iselin og Ingun fortjener en takk. Vi har diskutert, grublet, analysert, skravlet, løst verdensproblemer og hatt lunsjpauser sammen, noe jeg tror alle tre har satt stor pris på. Mine kollegaer i Norges Skytterforbund har støttet meg og gitt meg mulighet til fri i perioder for å jobbe med oppgaven.

Familie og venner fortjener en takk for at dere har brydd dere om meg, muntret meg opp i tunge stunder, vist interesse for at jeg skal bli ferdig med oppgaven og hjulpet meg med korrekturlesing.

Til slutt vil jeg takke min kjære Kristin. Du har holdt ut med meg, selv om du til tider synes jeg har vært håpløs treg med denne oppgaven! Takk for at du har presset meg og vært der for meg!

Takk skal dere alle sammen ha!

Oslo / Lillehammer

November 2010

Vidar Bjørkli





## **SAMMENDRAG**

Gjennom St. meld. nr. 16 (2002-2003) lanserer regjeringen målsetninger med folkehelsearbeidet i Norge. Meldingen viser at offentlige myndigheter stilles ovenfor folkehelseproblemer som kan være vanskelig å løse med egne ressurser. Stat, fylke og kommune må innhente støtte fra andre parter for å oppfylle kravene og forventningene de blir stilt overfor. Det blir ansett som naturlig at kommunene eller fylkeskommunene inngår partnerskap med andre offentlige, private og frivillige aktører.

Denne mastergradsoppgaven tar for seg samstyring og partnerskap i regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Som teoretisk grunnlag om har jeg brukt både norsk og internasjonal litteratur om governance, samstyring og partnerskap, eksempelvis Røiseland og Vabo (2008), Rhodes (1997). Teori om frivillige lags samarbeid med kommune er i stor grad basert på en studie av International Resarch Institue of Stavanger (Nødland m.fl, 2007) og ulike Stortingsmeldinger.

Studien er todelt hvor jeg i første del har gjort en dokumentstudie over folkehelsearbeid i Norge og Oppland fylke ut fra et samstyringsperspektiv. Hovedfunnene viser at staten skisserer fire strategier for å arbeide med folkehelse i Norge. En av strategiene er å bygge allianser for folkehelse, og det innebærer at aktører fra frivillig, privat og offentlig sektor samarbeider om prosjekter og arbeidsoppgaver. Flernivåstyring går igjen på flere områder i folkehelsearbeidet, eksempelvis gjennom folkehelsepartnerskap på tvers av fagfelt og med representanter fra ulike forvaltningsnivåer og aktører. Oppland fylkeskommune har i samarbeid med Fylkesmannen i Oppland opprettet både folkehelsenettverk og folkehelsepartnerskap på tvers av fagfelt og med representanter fra ulike forvaltningsnivåer og aktører. Det er funn som tyder på at fylkeskommunen og fylkesmannen i Oppland kanskje har for makt i folkehelsearbeidet. Jeg mener helt klart denne studien viser at folkehelsearbeidet både i Norge og Oppland fylke spesielt har klare trekk av samstyring og partnerskap.

Andre del av studien tar for seg et konkret folkehelseprosjekt i Oppland Fylke, Fysiotekmodellen med fysisk aktivitet på resept. Jeg har studert tre kommuner som i utgangspunktet er gode eksempler på lokalt folkehelsearbeid. I disse kommunene har jeg gjennomført kvalitative intervjuer med aktuelle representanter, og lagt relevante kommunale dokumenter til grunn i studien. Målet med denne delen har vært å finne ut om frivillige lag og foreninger blir involvert i

fysiotekmodellen, hvilke forhold som legges til grunn for et samarbeid og til slutt om samarbeidet kan betegnes som partnerskap.

Funn i studien tyder på at brukerne i liten grad er i aktivitet i regi av frivillige lag, og da er heller ikke frivillige lag i noe særlig grad involvert selv om de har en skriftlig eller muntlig avtale. På bakgrunn av andre empiriske undersøkelser antyder jeg at det kan være for tidlig å trekke en konklusjon om fysiotekene klarer å involvere frivillige lag eller ikke. Kanskje vi må la modellen få noen år til på seg før vi kan konkludere om fysiotekene klarer å involvere frivillige lag.

Det er flere forhold og årsaker til at brukere av fysioteket i liten grad benytter seg av frivillige lag. Fysiotekene har hovedmål om å få brukere i fysisk aktivitet, og det er ikke noe mål om selve aktivitetsformen. Til tross for at frivillige lagene i liten grad er brukt av fysiotekbrukerene mener fysiotekarene at frivillige lag er nødvendige samarbeidspartnere. Det er ønskelig å ha et bredt utvalg av aktiviteter for brukere, så det er viktig at de frivillige lagene er med.

Jeg har funnet ut at det er to hovedgrunner til at lagene skal samarbeide med fysiotekene. For det første ønsker lagene å få flere medlemmer til laget, og ser samarbeid med fysioteket som et godt rekrutteringstiltak. For det andre ser noen av lagene det som sin samfunnsplikt å hjelpe mennesker som trenger fysisk aktivitet til å endre livsstil. Jeg mener det formelle samarbeidet mellom fysiotekene og aktørene er todelt. For det første har de fleste partene en skriftlig rammeavtale om at lagene kan ta i mot brukere fra fysioteket, mens den daglige kontakten er basert på muntlig kontakt. Ingen av aktørene hadde noe stort behov for å byråkratisere samarbeidet ytterligere. Aktørene bruker i svært liten grad begrepet partnerskap om sitt samarbeid, men jeg mener det er fullt mulig å bruke det allikevel.



## INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1</b>	<b>INNLEDNING .....</b>	<b>10</b>
1.1	<i>Formål og problemstilling .....</i>	12
1.2	<i>Oppgavens videre gang og oppbygging.....</i>	14
<b>2</b>	<b>SAMSTYRING, PARTNERSKAP OG FRIVILLIG SEKTOR.....</b>	<b>15</b>
2.1	<i>Samstyring som nettverk.....</i>	17
2.2	<i>Samstyring som partnerskap .....</i>	18
2.3	<i>Frivillighet.....</i>	21
2.3.1	<i>Historisk syn på frivillighet.....</i>	22
2.4	<i>Samarbeidsformer mellom offentlig og frivillig sektor.....</i>	22
2.5	<i>Kriterier for samarbeid.....</i>	24
<b>3</b>	<b>DATAGRUNNLAG OG METODE .....</b>	<b>27</b>
3.1	<i>Metodisk tilnærming - Kvalitativ forskningsmetode.....</i>	28
3.2	<i>Innsamling av empiri .....</i>	29
3.2.1	<i>Dokumentstudie.....</i>	29
3.2.2	<i>Valg av fylke og kommuner .....</i>	31
3.2.3	<i>Utvalg av respondenter i kommunene .....</i>	33
3.3	<i>Det kvalitative intervjuet.....</i>	34
3.3.1	<i>Intervjuguide.....</i>	34
3.3.2	<i>Gjennomføring av intervjuene .....</i>	34
3.4	<i>Anonymitet.....</i>	36
3.5	<i>Refleksjoner rundt empiriens kvalitet.....</i>	37
3.5.1	<i>Validitet – gyldighet.....</i>	37
3.5.2	<i>Reliabilitet – pålitelighet .....</i>	39
3.6	<i>Oppsummering.....</i>	41
<b>4</b>	<b>FOLKEHELSEARBEID I NORGE.....</b>	<b>42</b>
4.1	<i>Folkehelsearbeid.....</i>	42
4.2	<i>Folkehelsepartnerskap .....</i>	46
4.3	<i>Folkehelsearbeid i Oppland fylke.....</i>	49
4.4	<i>Organisering av folkehelsearbeidet i Oppland.....</i>	51
4.5	<i>Fysiotekmodellen.....</i>	52
4.6	<i>Bruk av opplandsresepter.....</i>	56
<b>5</b>	<b>DISKUSJON AV GENERELT FOLKEHELSEARBEID I LYS AV SAMSTYRING.....</b>	<b>57</b>
5.1	<i>Folkehelsearbeid i lys av samstyring.....</i>	57
5.2	<i>Folkehelsearbeid i Oppland i lys av samstyring.....</i>	60
5.3	<i>Folkehelsepartnerskap på regionalt nivå.....</i>	62
5.4	<i>Oppsummering.....</i>	67
<b>6</b>	<b>KOMMUNE, FYSIOTEK OG FRIVILLIGE LAG.....</b>	<b>69</b>
6.1	<i>Kommune A.....</i>	69
6.1.1	<i>Frivillighetspolitikk og planverk.....</i>	70
6.1.2	<i>Rammer, struktur og ansvarsfordeling .....</i>	72
6.2	<i>Kommune B.....</i>	79
6.2.1	<i>Frivillighetspolitikk og planverk.....</i>	80
6.2.2	<i>Rammer, struktur og ansvarsfordeling .....</i>	81
6.3	<i>Kommune C.....</i>	87
6.3.1	<i>Frivillighetspolitikk og planverk.....</i>	88
6.3.2	<i>Rammer, struktur og ansvarsfordeling .....</i>	90
<b>7</b>	<b>DISKUSJON AV FYSIOTEKENES SAMARBEID MED FRIVILLIGE LAG.....</b>	<b>94</b>
7.1	<i>Involvering av frivillige lag.....</i>	94
7.1.1	<i>Tidsperspektiv.....</i>	95

7.1.2	Samfunnsutvikling .....	97
7.2	Årsaker til samarbeid.....	98
7.2.1	Kommunale planer .....	99
7.2.2	Fysiotekarens rolle .....	101
7.2.3	Samarbeid mellom kommune, fysiotek og frivillige lag .....	102
7.2.4	Brukernes fysiske tilstand .....	104
7.2.5	Sosiale forhold .....	105
7.3	Partnerskap mellom fysiotek og frivillige lag.....	107
7.3.1	Verdibaserte forutsetninger .....	107
7.3.2	Organisatoriske forutsetninger .....	109
7.3.3	Forutsetninger i prosessen.....	112
<b>8</b>	<b>OPPSUMMERING OG AVSLUTTENDE KONKLUSJONER .....</b>	<b>113</b>
8.1	Videre forskning.....	116
<b>LITTERATURLISTE.....</b>		<b>117</b>
<b>VEDLEGG 1 INTERVJUGUIDE PROSJEKTLEDER FYSIOTEK I OPPLAND .....</b>		<b>123</b>
<b>VEDLEGG 2 INTERVJUGUIDE VIRKSOMHETSLEDER I KOMMUNE.....</b>		<b>125</b>
<b>VEDLEGG 3 INTERVJUGUIDE FYSIOTEKAR I KOMMUNE .....</b>		<b>126</b>
<b>VEDLEGG 4 INTERVJUGUIDE FRIVILLIG LAG / FORENING.....</b>		<b>128</b>

## FIGURLISTE

FIGUR 1	EN MODERNE NORSK FAMILIE? (HANDLINGSPLAN FOR FYSISK AKTIVITET 2005-2009:8) .....	11
FIGUR 2	STYRINGSSYSTEMER (EGEN TEGNING) .....	17
FIGUR 3	ORGANISASJONSKART OPPLAND FYLKE. (PROGRAMPLAN FOLKEHELSE OPPLAND 2006:6).....	52
FIGUR 4	INFORMASJONSFOLDER OM FYSIOTEKET .....	55
FIGUR 5	AKTØRER I FYSIOTEKMODELLEN .....	62



# 1 INNLEDNING

Globalisering av økonomiske og markedsrelaterte forbindelser gjør at statens sterke posisjon blir utfordret, særlig gjennom 1990-tallet. Staten blir ansett for å være for svak til å opprettholde alle tidligere oppgaver og funksjoner tilfredsstillende (Pierre og Peters, 2000:16). Kollektive samfunnsproblemer har utviklet seg til å bli så store at offentlig sektor ikke klarer å håndtere disse selv (Löffler, 2003:164). Offentlige myndigheter stilles i dag ovenfor mange oppgaver som kan være vanskelig å løse kun med egne ressurser, eksempelvis byplanlegging, næringsutvikling, samfunnsplanlegging eller folkehelsearbeid. Offentlige myndigheter ved stat, fylkeskommune og kommune må innhente støtte fra andre parter for å oppfylle kravene og forventningene de blir stilt overfor. Governance er en betegnelse på en utvikling hvor offentlige myndigheter må utføre mange av oppgavene i samarbeid med flere aktører i et samspill, noe som er forskjellig fra tradisjonelle hierarkiske strukturer (Røiseland og Vabo, 2008:88-91). Disse aktørene kan være enkeltindivider, næringsliv, media, frivillig sektor eller andre deler av offentlig sektor (Löffler, 2003:170). Røiseland og Vabo (2008:92) lanserer begrepet samstyring som et norsk begrep på governance. Innenfor samstyring finner vi samarbeidsformer i form av nettverk eller partnerskap, som blomstrer opp i mange samfunnssektorer. Det blir ansett som naturlig og selvfølgelig at kommunene eller fylkeskommunene inngår partnerskap med andre offentlige aktører, samt både private og frivillige aktører (Røiseland, 2008:101).

Innenfor folkehelsearbeid ser vi en utvikling hvor offentlige myndigheter samarbeider med frivillig - og privat sektor. St. meld nr. 16 (2002-2003) har gitt styringssignaler for folkehelsearbeidet. Meldingen skisserer flere strategier for å løse utfordringer innen dette feltet. Målet med nasjonal folkehelsepolitikk er å bygge opp et systematisk, forpliktende og helhetlig folkehelsearbeid. Et av virkemidlene og forutsetningene som blir fremhevet er samarbeid mellom flere aktører på ulike nivåer i forvaltningen. Frivillig sektor blir fremhevet som en viktig samarbeidspartner, særlig på lokalt nivå. I samstyring er samarbeid mellom ulike nivåer sentralt, og blir gjerne karakterisert som flernivåstyring. Et virkemiddel for å oppnå samstyring er å inngå folkehelsepartnerskap, og i denne konteksten menes både regionale og lokale partnerskap mellom offentlige, private og frivillige aktører med mål om å bedre folkehelsen i Norge.

*”Tidligere slet vi oss til sykdom og død, nå konsumerer vi oss til det samme, og vi gjør det i sittende stilling”* (St.meld. nr 16, 2002-2003:28). Sitatet viser et bilde på hvordan situasjonen har endret seg i Norge.

Vi ser en utvikling i samfunnet mot at flere og flere personer får livsstilsykdommer, ofte på grunn av fysisk inaktivitet, dårlig kosthold og økt vekt. Staten ønsker å ta tak i folkehelseproblemene ved å svekke det som medfører helserisiko, og styrke det som bidrar til bedre helse. Det er vanskelig å bevilge folk ut av helsekøene, så vi må heller hindre at folk havner i køene (NOU,



**Figur 1 En moderne norsk familie?**  
(Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009:8)

1998:18 s40). Offentlige myndigheter innser at for å lykkes i folkehelsearbeidet er det nødvendig med en felles innsats av flere aktører, alt fra den enkelte borger, frivillige organisasjoner, forvaltningsorganene og ikke minst de politiske organene (St. meld nr 16 (2002-2003). Folkehelsearbeidet må synliggjøres i nasjonal politikk for alle sektorer. Det er ikke lenger ”bare” helsesektoren sin oppgave. Det sies at helsevesenet kan løse 10 % av problemene, mens andre sektorer i samfunnet må løse resterende 90 % (NOU 1998: 18 s40). Målet er helse for alle, ikke behandling av alle. Sagt på en annen måte er det største godet er ikke tilgang på helsetjenester, men i størst mulig grad å unngå at folk får behov for medisinsk behandling (St. meld nr 37. (1992-1993):37).

Den politiske oppmerksomheten rundt den frivillige sektoren har økt de senere årene. Blant annet vises det ved økt anerkjennelse av sektorens verdi, og gjennom det sterke fokuset på å inkludere og forplikte frivillige organisasjoner og institusjoner i samarbeid med det offentlige (Nødland m.fl. 2007:19). St. meld nr. 39 ((2006-2007):12) fremhever at frivillig sektor er en kanal for engasjement og samfunnsdeltakelse, og har avgjørende betydning for livskvalitet, fellesskap og utvikling. Frivillige organisasjoner er en grunnpilar i velferdssamfunnet og demokratiet. Deltakelse i frivillige organisasjoner fremmer sosialt fellesskap, gir læring og kunnskap og bidrar til å utvikle demokratisk kompetanse.

Virkemidler som settes inn for å bedre folkehelsen må treffe folk der folk er, nemlig på det regionale og lokale nivået. Derfor har jeg valgt å ta for meg Oppland fylke som utgangspunkt for oppgaven. Oppland er et aktiv folkehelsefylke som satser hardt på å bedre folkehelsen og legge til rette for økt fysisk aktivitet for fylkets innbyggere. Oppland fylkeskommune har nedfelt ni forskjellige satsingsområder, hvor det ene er fysisk aktivitet, og utvikling av ordningen ”resept på fysisk aktivitet”, Fysiotekmodellen.

Fysiotekmodellen innebærer at en lege skriver ut en resept på fysisk aktivitet for pasienter hvor legen, i samråd med pasienten, mener økt fysisk aktivitet kan være et gunstig behandlingsmiddel.

Pasienten tar med seg resepten, kalt Opplandsresepten, til en kommunal mottakssentral (Fysiotek) hvor en kommunal ansatt (Fysiotekar) gjennomfører en motivasjonssamtale med brukeren av resepten. Målet med samtalen er at brukeren skal få motivasjon til å starte med fysisk aktivitet for å endre livsstilen sin. Gjennom motivasjonssamtalen blir fysiotekaren og brukeren enige om hva slags fysisk aktivitet som passer best for brukeren. Brukeren skal deretter gjennomføre en tremåneders periode med fysisk aktivitet, primært i et frivillig lag eller forening. Fysiotekmodellen vektlegger betydningen av at aktiviteten skal skje i lagene. Det vektlegges å få spredd aktiviteten utover i kommunen og få et større tilbud så brukere kan ha mer å velge i. Fysioteket skal være en brobygger for den enkelte bruker ut mot frivillige lag og foreninger med mål om varig fysisk aktivitet uavhengig av et profesjonelt støtteapparat. En nærmere innføring i fysiotekmodellen kommer jeg tilbake til i kapittel fire.

## **1.1 Formål og problemstilling**

Formålet med denne oppgaven er å vise hvordan samstyring kan brukes som teoretisk begrep for å studere folkehelsearbeid i Norge. Jeg ønsker å bruke folkehelsearbeidet som et eksempel for å belyse samstyring mellom offentlig og frivillig sektor. Jeg vil gjøre dette med to innfallsvinkler, gjennom en studie av generell folkehelsearbeid og gjennom fysiotekmodellen i Oppland.

I denne oppgaven er det nødvendig med to problemstillinger for å kunne belyse samstyring i folkehelsearbeid fra flere sider. Problemstillingene vil ha forskjellig vektning, da jeg vil legge mindre vekt på det første spørsmålet enn det andre. Det første spørsmålet tar for seg folkehelsearbeid i en generell kontekst i Norge, mens den andre problemstillingen tar for seg samarbeid mellom kommune og frivillige lag i Fysiotekmodellen. Jeg mener det er viktig med en helhetsforståelse av hvordan folkehelsearbeidet er organisert, for å kunne forstå hvordan fysiotekene samarbeider med frivillige lag. Den første problemstillingen vil ta for seg samstyring mellom ulike nivåer og sektorer i en norsk folkehelsekontekst, og sette dette inn i teoretiske rammer til samstyring og partnerskap ved å spørre:

*Hvordan kan folkehelsearbeid forstås i et samstyringsperspektiv?*

I følge offentlige dokumenter finnes det både nettverk og partnerskap mellom offentlig og frivillige aktører, men spørsmålet er om det faktisk gjør det i praksis. Med problemstillingen vil jeg undersøke om det finnes elementer i folkehelsearbeid som kan identifiseres med samstyring gjennom nettverk eller partnerskap, og i hvilken utstrekning folkehelsearbeid er et uttrykk for samstyring?

Regjeringen legger i flere dokumenter opp til at frivillige lag og foreninger skal involveres i folkehelsearbeidet på regionalt og særlig lokalt nivå. Betydningen av samarbeid mellom offentlig og frivillige sektor blir fremhevet blant annet i St.meld. nr. 39 (2002-2003). Jeg ønsker å finne ut om kommunene klarer å involvere frivillig sektor i folkehelsearbeidet slik overordnede myndigheter ønsker. Hvis kommunene i så tilfelle klarer å involvere frivillige lag, så vil jeg finne ut hva slags samarbeidsformer som brukes, og hvor formalisert samarbeidet er. I folkehelsearbeid er det mange ulike fokus - og satsingsområder, og jeg anser det som en alt for stor oppgave å ta for meg alle. Jeg har derfor valgt å ta for meg et konkret satsingsområde i folkehelsearbeidet i Oppland, Fysiotekmodellen der frivillige lag og foreninger er sentrale samarbeidspartnere. I følge folkehelsekoordinatoren i Oppland gir Fysiotekmodellen gode eksempler på folkehelsepartnerskap i kommuner (Folkehelsekoordinator Oppland fylkeskommune aug 2008). Med dette utgangspunktet stiller jeg følgende spørsmål;

*I hvilken grad klarer kommunale Fysiotek å mobilisere og involvere frivillige lag og foreninger til samarbeid i lokalt folkehelsearbeid? Hvilke forhold vektlegges og er avgjørende for samarbeid mellom fysioteket og frivillige lag og foreninger? Kan et samarbeid karakteriseres som partnerskap, hvorfor og hvorfor ikke?*

Jeg vil med problemstillingen finne ut i hvilken utstrekning det faktisk er et samarbeid mellom kommunale fysiotek og frivillige lag. For å kunne si at fysiotekene klarer å involvere lag og foreninger mener jeg det er nødvendig at fysiotekene har samarbeid med flere lag og foreninger som tilbyr lavterskeltilbud for brukere av Opplandsresepten. Ved å lykkes i å involvere lag og foreninger mener jeg videre at fysiotekene og lagene har jevnlig kontakt. Utover å ha kontakt er det viktig at lagene får jevnlig tilstrøm av brukere og at de ser nytte av å åpne aktiviteten sin for brukere fra fysioteket. Videre vil jeg se på forhold og årsaker til at frivillige lag og fysiotekene bruker for å samarbeide med hverandre. Det er selvsagt også interessant hvis det viser seg at de kommunale fysiotekene ikke i noe særlig grad har samarbeid med lag og foreninger, og da vil jeg vil forsøke å finne ut årsakene. Til slutt vil jeg undersøke om et eventuelt samarbeid kan karakteriseres som et partnerskap, slik intensjonen er med folkehelsepartnerskap.

Jeg mener problemstillingene er faglig interessante i fagfeltet public administration. For det første er dette en studie av hvordan samstyring kommer til praksis i et bestemt politikkområde. Folkehelsearbeid er et dagsaktuelt tema som krever innsats av flere aktører på ulike forvaltningsnivåer. For det andre har offentlige myndigheter eksplisitt uttrykt at samstyring og partnerskap er sentrale virkemidler for å få til bedre folkehelsearbeidet både lokalt og regionalt. Videre er frivillige lag og foreninger viktige samarbeidspartnere for offentlig sektor i

folkehelsearbeidet på lokalt nivå. Derfor mener jeg en studie av offentlige myndigheters samstyring med frivillig sektor er en sentral del av fagområdet.

En viktig avgrensning med oppgaven er at den tar ikke for seg hvilke fysiske, psykiske, medisinske, sosiale eller andre effekter folkehelsearbeid kan føre til, men kun organisatoriske løsninger på folkehelsearbeidet. Jeg har heller ikke sett om partnerskap er et effektivt virkemiddel for folkehelse, da jeg ikke har studert resultatene eller effektene av folkehelsearbeidet.

For å svare på problemstillingene har jeg benyttet meg av dokumentstudier og intervjuer. Jeg har hovedsakelig brukt dokumentstudier for å svare på den første problemstillingen. Her har ulike stortingsmeldinger, handlingsplaner, partnerskapsavtaler og rapporter vært sentrale dokumenter. For å svare på problemstilling nummer to har jeg studert tre kommuner i Oppland med kvalitative intervjuer med representanter fra virksomhetsområdet kultur og fritid i kommunen, kommunale fysiotekarer og representanter fra frivillige lag og foreninger. I tillegg har jeg benyttet relevante kommunale dokumenter

## **1.2 Oppgavens videre gang og oppbygging**

Oppgaven er bygd opp over åtte kapitler. Jeg har valgt å ha ett teorikapitel hvor jeg i første delen redegjør for teoretiske perspektiver rundt governance, samstyring og partnerskap. Her vil jeg vektlegge hva jeg mener med et samstyringsperspektiv. I siste delen av kapitlet tar jeg for meg samarbeid mellom offentlig og frivillig sektor, og frivillige lag og foreningers forhold til offentlig sektor i et historisk perspektiv. Redegjørelser og begrunnelser for datagrunnlag og valg av metodisk tilnærming får plass i kapittel tre. Kapittel fire er et bakgrunnskapittel hvor jeg redegjør for det substansielle feltet i folkehelsearbeid, og går grundigere inn på folkehelsepolitikk på statlig og regionalt nivå. Her presenterer jeg statens mål og visjoner med folkehelsearbeid, og hvordan Oppland fylke arbeider med folkehelsearbeid, og særlig blir fysioteke modellen grundig presentert. I kapittel fem gjennomfører jeg en analyse av folkehelsearbeidet i lys av samstyring for å svare på den første problemstillingen min. Presentasjon av empiriske funn gjennom datainnsamlingen min har jeg i kapittel seks. Her har jeg valgt å presentere hver kommune for seg selv. Kapittel sju er en analyse hvor jeg kobler teori opp mot de empiriske funnene gjennom datainnsamlingen, og diskuterer funnene mot teori jeg gjorde rede for i kapittel to. Avslutningsvis er et oppsummeringskapittel hvor jeg trekker sammen trådene i oppgaven og kommer med en konklusjon på problemstillingene.



## 2 SAMSTYRING, PARTNERSKAP OG FRIVILLIG SEKTOR

Endringer i offentlig forvaltning over store deler av den vestlige verden har de senere årene blitt forstått og møtt på forskjellige måter, og ulike analytiske begrep har blitt anvendt. Det som blant annet står igjen som fellesnevner er at endringene kan forstås som en overgang fra offentlig styring i form av ”government” til ”governance” (Røiseland og Vabo, 2008: 87, Rhodes, 1997:46). Offentlig styring i form av government kjennetegnes i korte trekk med hierarkier, byråkrati, kommandolinjer, autoritet (Amdam og Bergem, 2008:12 og Andersen og Røisland, 2008:17) og gjennom formelle organisasjoner, lover og regler (From og Sitter, 2002:24). Tradisjonell byråkratisk forvaltning, gjennom government, har gjennom 1990-tallet blitt kritisert for å være en modell som er ineffektiv, rigid, byråkratisk og dyr (Pierre og Peters, 2000:5-6). Selv om jeg i denne oppgaven skal fokusere på governance, er det ikke dermed sagt at det ikke finnes governmentstyring igjen i Norge. Derimot kan det sies at styring gjennom governance og government modellene supplerer hverandre (Amdam og Bergem, 2008:12), og i så måte kan begge deler fungere samtidig i et demokrati.

Hva er governance, hvordan kan vi forstå governance og hvordan kan jeg bruke det i min oppgave? I internasjonal litteratur er governance et begrep med mange forskjellige betydninger, avhengig av hvilket land og kontekst vi snakker om. Røiseland og Vabo (2008:89-90) mener i likhet med Fimreite og Aars (2005:126) det er en svakhet at det ikke finnes noe norsk ord for governance. De har argumentert for at *samstyring* er et norsk ord som på flere måter gir en bedre forståelse av hvordan forholdet mellom offentlige, private og frivillige aktører er i dag, enn det engelske begrepet governance. Samstyring handler i følge Røiseland og Vabo (2008:93) om; ”*en ikke-hierarkisk og målrettet aktivitet, hvor aktørene er gjensidig avhengige av hverandre og avgjørelser er basert på konsensus etter forhandlinger*”. Governance kan i følge Boivard og Löffler (2003:6) forstås som ”*the way in which stakeholders interact with other in order to influence the outcome of public policies*”. Peters og Pierre (Røiseland og Vabo (2008:90) definerer governance som ”*den ikke-hierarkiske prosessen hvorved offentlige og private aktører og ressurser koordineres og gis felles retning og mening*”. Rhodes (2000:6, 1997:15) definerer governance som ”*self-organizing, interorganizational network*”.

Felles for definisjonene er samarbeid mellom ulike aktører for å oppnå et felles mål, og at aktørene opererer selvstendig. Boivard og Löffler legger vekt at aktørene i samspillet skal påvirke resultatet av offentlig politikk. Pierre og Peters legger mer vekt på at prosessen mellom aktørene skal være ikke-hierarkisk med forhandlinger om en målrettet aktivitet, mens i følge Rhodes er nettverk selvorganiserende, i betydningen autonome og selvstyrende. Ingen av de andre

definisjonene bruker begrepet nettverk slik som Rhodes, men i stedet brukes samspill mellom uavhengige aktører.

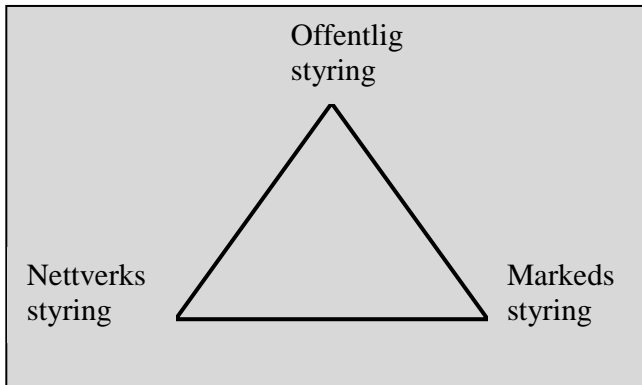
Definisjonen til Boivard og Löffler viser til hvordan ulike aktører samarbeider for å påvirke resultatet av offentlig politikk. Sentralt i denne definisjonen er ”veien” eller arbeidsformen mellom aktører for å oppnå resultater. Pierre og Peters fokuserer mer på en bestemt arbeidsform mellom offentlig og private aktører, og at aktørene har en felles retning og mening. I likhet med Boivard og Löffler er de opptatt av resultatet av samarbeidet, da de vektlegger at ressursene som legges inn i arbeidet skal gis felles retning og mening, altså resultatet skal være noe aktørene er enig om. Andre fellepunkter for definisjonene er fokus på reduksjon av offentlige myndigheters mulighet til å bruke autoritative styringsvirkemidler innenfor hierarkiske baserte strukturer. Kjernen i samstyring som vi ser i definisjonene er at offentlig politikk utvikles og iverksettes gjennom et samspill mellom ulike aktører (Røiseland og Vabo, 2008:90).

Rhodes (1997:53) har laget en liste over karakteristikk som er gjengangere i ulike governanceformer. For det første er det *uavhengighet* mellom aktørene. Governance skiller seg fra government blant annet ved uklare grenser mellom offentlig, privat og frivillige sektor. For det andre er det en *gjentagende samhandling* mellom aktørene i nettverket for å dele felles ressurser og komme fram til felles løsninger. For det tredje er *samhandlingen spill-lignende*, gjennom tillitt og regulert av ”spillets regler” som aktørene er enige om. Til slutt har nettverkene stor *autonomi* i forhold til offentlige myndigheter selv om myndighetene er med som aktør. Nettverk er selvstyrende, hvor offentlige myndigheter kun indirekte kan styre som en aktør, på lik linje med andre aktører.

Røiseland og Vabo (2008:92-93) mener det er tre momenter som er viktig for samstyring. For det første må aktørene ha en *gjensidig avhengighet*, da ingen aktører i utgangspunktet har kunnskap eller kompetanse til å dominere og løse oppgavene alene. Det forutsettes også en viss grad av autonomi og selvorganisering av den enkelte aktør. For å opprettholde gjensidig avhengighet må spillet mellom aktørene være basert på *diskurs eller forhandlinger*, eller begge deler. Mulighetene for bruk av incentivbaserte styringsmidler er sentralt, samtidig må det legges større vekt på å tilrettelegge for koordineringsprosesser mellom aktørene enn at styringen retter seg mot utfallet av prosessene (Røiseland og Vabo, 2008:92-93). For at samstyring mellom aktørene skal lykkes må det være en felles mening og retning, hvor også det offentlige er involvert. Det tredje viktige punktet for samstyring er *planlagt og målorientert aktivitet*. Aktørene er avhengig av de andre aktørenes velvilje og innsats for at samarbeidet skal lykkes. Samtidig ligger det i forståelsen

av begrepet samstyring at samarbeidet har en viss grad av autonomi, og at vi vil finne klassiske organisasjonsprosesser mellom aktørene. Eksempelvis at målsettinger fastsettes, virkemidler velges, strategier utformes og aktiviteter koordineres. En utfordring i så måte er fordelingen av ressurser og makt blant aktørene. Så lenge offentlige myndigheter er med i samarbeidet vil den som regel ha betydelig større kapasitet og ressurstilgang enn de resterende aktører.

## 2.1 Samstyring som nettverk



**Figur 2 Styringsystemer (egen tegning)**

Offentlig styring og markedsstyring er to klassiske styringsprinsipper som har vært gjeldene i lang tid. Offentlig styring menes i denne sammenhengen det jeg tidligere har skrevet om government. Marked defineres vanligvis som et offentlig rom der goder og tjenester kan bli kjøpt og solgt.

Forholdet mellom aktørene i markedet kjennetegnes av uavhengighet av hverandre.

Det er vanskelig å snakke om et bestemt marked. Det er riktiger å snakke om flere delmarkeder, da ulike markeder har ulike regler for hvem som kan delta, hva som kan omsettes og hvordan det skal skje (Røisland og Vabo, 2008:92, Hernes, 2007:17-18). Samstyring gjennom nettverk har de senere årene blitt regnet som en tredje styringsform, og et alternativ til marked og offentlig styring (Rhodes 1997:52), se figur 2. Gjennom nettverk blir skillene mellom offentlig, privat og frivillig sektor mindre tydelige (Rhodes, 1997:52). Offentlig sektor blir i stedet en part med medlemskap i mange nettverk. Politiske nettverk blir definert som mer eller mindre stabile mønstre av sosiale relasjoner mellom uavhengige aktører, som tar form rundt et politisk problem og/eller politiske program (Kickert m. fl. 1997:14). Offentlige politiske nettverk handler om samarbeid mellom uavhengige aktører med forskjellige interesser og strategier, med en deltakende prosess hvor aktørene deler informasjon om problemer, preferanser, meninger og blir enige om felles mål og bruk av felles ressurser (Kickert m. fl. 1997:9-10). Aktørene i nettverket som er involvert i anskaffelse av fellesgoder er gjensidig avhengige og tilpasser sin aktivitet og framferd i forhold til de andre aktørenes atferd. Aktørene holder sammen gjennom forhandling om rammene og tillitsbaserte relasjoner (Andersen og Røisland, 2008:17). I slike nettverk har offentlige myndigheter små muligheter til å styre og regulere (Rhodes, 1997:57). Hierarki og sentral toppned styring har ingen hensikt i nettverk, da det i utgangspunktet ikke skal finnes noen naturlig ”topp” (Kickert m. fl. 1997:39). Nettverk blir ikke kontrollert av offentlig sektor slik offentlig

sektor er vant til gjennom tradisjonelt hierarki og governmentstyring. Nettverkstilnærming forutsetter at politiske retningslinjer og styring skjer gjennom nettverk av ulike aktører. Ingen av aktørene skal ha makt nok til å kunne overstyre de andre aktørene. Offentlige myndigheter skal ikke fungere som en ”storebror”, men være deltaker i nettverket på lik linje som de øvrige aktørene (Kickert m. fl. 1997:9-10).

Med samstyring har myndighetene forandret fokus, fra tradisjonelt hierarkisk styring i form av government til å samarbeide med andre aktører i utførelsen av offentlige oppgaver. Det kan nok strekkes så langt som å si at offentlig myndigheter på flere måter har blitt avhengige av andre aktører. I samstyring legges det vekt på å styrke interorganisatorisk samarbeid, økt involvering av innbyggere, privat og frivillig sektor i avgjørende beslutninger. Tanken bak en slik prosess er å oppnå bedre resultater (Koppenjan og Kljin 2004:108). En slik utvikling kan forstås dit hen at resultatet er viktigere enn prosessen og arbeidsmåten (Pierre og Peters 2000:5, From og Sitter 2002:24).

Et viktig trekk ved samstyring er endring fra et statssentrert styringssystem til et system basert på flernivåstyring og avtalefestet råderett (Veggeland 2003:25-26). Flernivåstyring er som navnet tilsier, styring gjennom flere nivåer i forvaltningen (From og Sitter, 2002:22). Koopenjan og Kljin (2004:108) skriver at moderne myndigheter ikke styrer over innbyggerne, sosiale grupper og private aktører, men med de gjennom horisontale samarbeidsrelasjoner. Vi kan snakke om nettverk mellom mange aktører. Pierre og Peters (2000:72) snakker om samstyring i ulike forståelsesrammer. De sier blant annet at makten har flyttet seg nedover i det politiske systemet, fra det sentrale til det regionale og lokale. Dette er i tråd med hva Veggeland (2003:14) skriver om at suvereniteten i beslutninger fordeles mellom ulike territorielle nivåer (stat, fylke og kommune), ved en frikobling fra statlige maktstrukturer. Flernivåstyring innebærer en forhandlingsorientert prosess mellom partene. Slike forhandlingsprosesser kan foregå både horisontalt og vertikalt. Veggeland (2003:25-26) skriver videre at flernivåstyring er styring som i økende grad er basert på partnerskap og juridisk bindende avtaler.

## **2.2 Samstyring som partnerskap**

Jeg skrev ovenfor at flernivåstyring kan oppfattes som et partnerskap, og partnerskap kan i likhet med samstyring oppfattes og forstås på ulike måter i ulike kontekster. Selv om det er klare likheter mellom samstyring og partnerskap vil jeg presisere at partnerskap er samstyring, men all samstyring trenger ikke være partnerskap. Røisland og Vabo (2008:93) har delt samstyring i ulike empiriske uttrykk; samarbeid, prosjekter, partnerskap / interkommunale samarbeid, råd / utvalg og

aksjeselskap / stiftelser. Partnerskap er altså bare et av flere mulige organiserte former for samstyring. I et samstyringsperspektiv blir partnerskap også kalt avtalebasert governance, da partnerskap gjerne er formen for governance som krever forhandlinger og avtaler (Higdem 2008<sup>1</sup>). Partnerskap slik jeg bruker i denne oppgaven, stammer opprinnelig fra EU med partnerskap innenfor regionalutvikling og strukturfondprogrammene. Sentralt i partnerskapene er å fremme regional utvikling og bidra til utjamning og samhørighet i regionene (Arbo, 2002:4-5). Forventingene om gjensidig nytte og merverdi går også igjen som kjennetegn. Partnerskap finnes på alle institusjonelle nivåer, overnasjonalt, nasjonalt, regionalt og lokalt (Pierre og Peters 2008:27). Amdam og Bergem (2008:19-20) sier det er viktig ikke å oppfatte partnerskap som stabile organisasjonstyper, men som en dynamisk prosess der partnerskap tar ulike former etter behov, har ulike partnere og der partnerne har ulike roller.

Partnerskap har mange karakteristikk og betydninger, og blir definert av Caplan og Scott (2008:24) som;

*”Partnerskap involverer to eller flere aktører som søker et samarbeid for å oppnå:*

- *felles mål og muligheter i spesielle saker eller løse spesielle oppgaver som hver enkelt organisasjon ikke kan løse alene på en effektiv måte*
- *tilstrekkelige og formålstjenlige ressurser eller kompetanse, som man ikke oppnår gjennom en vanlig ”kjøp og salg funksjon” i et marked”.*

Veggeland (2003:15) definerer partnerskap som: *et forpliktende samarbeid mellom selvstendige parter i et forhandlet interessefelleskap*. Peters i Røisland og Vabo (2008:98) definerer partnerskap som: *”vedvarende samarbeidsrelasjon mellom minst to prinsipaler som overfører ressurser til partnerskapet og hvor de ulike partnerne har et medansvar for utfallet”*. Amdam og Bergem (2008:19) sier *”partnerskap kan oppfattes som nettverksorganisasjoner med avtaler/kontrakter som regulerer samarbeid mellom partene”*.

Caplan og Scott (2008:24) snakker om partnerskap som en oppgave som ikke kan løses ved å kjøpe en konkret tjeneste av en organisasjon. Amdam trekker inn organisasjoner i nettverk som aktører i et partnerskap. I disse definisjonene ser vi at samarbeid over lengre tid og flere aktører er punkter som går igjen. Veggeland legger vekt på at selvstendige aktører skal fremforhandle fellesskapet, mens Røisland og Vabo legger vekt på at aktørene må tilføre ressurser og ha et medansvar for utfallet av partnerskapet. Aktørene eller partene kan her forstås som aktører innen offentlig, privat og frivillig sektor på alle nivå, fra overnasjonalt til lokalt nivå. De deltakende

---

<sup>1</sup> Forelesning Høgskolen i Lillehammer 29.08.08

partene må være selvstendige enheter som er uavhengige av hverandre, og samtidig har en felles målsetning om å oppnå ett felles mål gjennom samarbeid (Veggeland, 2003:15-16).

Inkludering av næringsliv og frivillig sektor i partnerskapene blir ansett som meget viktig for å skape bredere deltakelse, som igjen skal gi større legitimitet og mer effektiv implementering (Arbo, 2002:5). Partnerskap mellom de ulike aktørene kan skape nye løsninger og gi resultat som det ikke ville være mulig å oppnå uten samarbeid (St. meld nr. 39 (2006-2007):197), og er i så måte i tråd med hva Caplan og Scott (2008:24) mener med partnerskap. Partnerskap har som utgangspunkt at verken offentlig, frivillig eller privat sektor har perfekte løsninger og tilnærminger til tjenester som angår allmennheten. Det å kombinere de styrker og svakheter ved sektorene blir ansett som en god løsning og nødvendighet. Partnerskapene fremmer blant annet innovasjon, tillit, verdiskapning, og å utvikle organisasjons - og styringsformer som er fleksible og endringsdyktige (Arbo, 2002:6).

Partnerskapene kan ha mange formål, fra et begrenset samarbeid om å gjennomføre enkeltstående prosjekter, via politikkkutforming i avgrensede spørsmål til et mer langsiktig samarbeid med målsetting om å utvikle en overordnet strategi for et samlet policyområde (Gjertsen og Halkier, 2004:216). Pierre og Peters (2008:27,30) har en annen inndeling av partnerskapstyper;

A) Partnerskap kan bli etablert mellom aktører med et kortsiktig eller ad hoc perspektiv i form av et spesielt arrangement eller markedsføringskampanje, byggeprosjekt. Disse partnerskapene blir oppløst når prosjektet er avsluttet, og krever i liten grad tillitt til hverandre. B) Partnerskap kan bli opprettet med et lengre perspektiv som mål. C) En tredje mulighet er at partnerskap i utgangspunktet ble etablert som et ad hoc arrangement, men utviklet seg til å bli et langvarig partnerskap.

For å oppsummere definisjonene og forståelsene til partnerskap ser vi at det er flere punkter som går igjen. Partnerskap må inkludere minimum to uavhengige og selvstendige parter, som gjerne kan være fra ulike sektorer og forvaltningsnivåer. Partene må gå inn i samarbeidet med felles mål å løse et problem som den enkelte part ikke kan løse alene. Varighet på samarbeidet er sentralt. Et av hovedkjennetegnene på et partnerskap er en skriftlig avtale hvor partene er enige om innholdet. Partene kan bestå av representanter fra både offentlig, frivillig og privat sektor. Hvilke parter som deltar er avhengig av hva partnerskapet skal arbeide med og løse av oppgaver. For å opprettholde en likeverdighet mellom partene skal ingen av aktørene opptre som leder. Leder menes i denne konteksten en aktør med hierarkisk makt over resterende aktører, slik vi kan finne i government med klare hierarkiske koblinger. Ingen parter skal kunne "trumfe" eller tvinge gjennom en

avgjørelse de øvrige partene er uenig i. Partene skal delta på likt grunnlag, men kan gå inn i partnerskapet med ulike ressurser.

## 2.3 Frivillighet

Innledningsvis skrev jeg at St. meld nr. 39 (2002-2003) uttrykker viktigheten av at frivillig sektor er involvert i folkehelsearbeid. Jeg mener det derfor er viktig å definere og gjøre rede for hva som menes med frivillig sektor i denne sammenhengen. Innledningsvis i dette kapittelet vil jeg ta for meg ulike begrep som er relevante når jeg snakker om frivillig sektor og frivillige organisasjoner. Deretter redegjør jeg for en historisk utvikling av frivillige organisasjoners forhold til det offentlige. Med utgangspunkt i en forskningsrapport fra International Research Institute of Stavanger (Nødland m. fl (2007) har jeg laget to hovedgrupper av kriterier og forutsetninger for samarbeid mellom kommune og frivillige lag. Inndelingen vil være hovedgrunnlaget for et teoretisk grunnlag for å kunne besvare problemstilling nummer to.

Hva er frivillighet, og hva gjør det så interessant for offentlige myndigheter å samarbeide med frivillig sektor? Frivillighet blir av Anheier (2005:9) forklart som donasjon av egen fritid til nytte for samfunnet og offentlig nytteformål. Frivillig arbeid blir regnet som ulønnet arbeid i regi av en frivillig organisasjon, selv om det mottas godtgjørelse for utgifter eller en symbolsk sum for arbeidet (Wollebæk m. fl. 2000:34-35). Frivillige organisasjoner regnes først og fremst som allmennyttige og har ikke-økonomiske trekk som er bygget på frivillige medlemskap av individer og / eller institusjoner (Wollebæk m. fl. 2000:25-28). I St. meld nr. 27 (1996-1997:15-16) og St. meld nr. 39 (2006-2007:24) blir frivillige organisasjoner definert:

1. Organisasjoner som kjennetegnes ved at de
  - a. Har et allmennyttig siktemål
  - b. Bygger medlemskap av individer og / eller organisasjoner
  - c. Har en demokratisk styringsstruktur
2. Virksomheter som eies eller drives av en organisasjon som faller inn under punkt 1
3. Stiftelser med allmennyttig formål
4. Økonomisk samvirke som ikke har fortjeneste som formål
5. Trossamfunn og livssynsorganisasjoner

Vi ser her at frivillighet blir regnet som arbeid eller andre tjenester folk yter til organisasjoner på fritiden. Arbeidet som blir lagt ned skal gå til drift av organisasjonen, og ikke til kommersiell fortjeneste. Videre ser vi at staten ikke har forandret sin definisjon av frivillige organisasjoner i de to nevnte stortingsmeldingene, slik at omfanget av frivillige organisasjoner er stort. Alt fra idrett og kulturorganisasjoner til trossamfunn går inn under frivillige organisasjoner. Politiske partier blir ikke regnet som frivillige organisasjoner i denne sammenhengen.

### **2.3.1 Historisk syn på frivillighet**

Frivillige organisasjoner i Norge har røtter tilbake til midten av 1800-tallet, med utspring i avholds-, misjons, religion, fattigdom og arbeiderbevegelsen med brede, folkelige mobiliseringer. Sentralforeningen for utbredelse av legemsøvelser og vaabenbruk<sup>2</sup> (1861), Norges Turistforening (1868) og Norges Jeger og Fiskeforbund (1877) er eksempler på store organisasjoner som eksisterer i dag. Kjennetegn på det frivillige arbeidet var stort lokalt engasjement, lav grad av formalisering og økonomisk uavhengig av staten da innsamling, gaver og medlemsavgift var inntektskilden (Wollebæk m. fl. 2000:76-79).

Antall frivillige organisasjoner har vokst betydelig etter andre verdenskrig, og særlig interesseorganisasjonene. Hovedmålet for flere av organisasjonene var å påvirke offentligheten og særlig innenfor individuelle verdi – og handlingsmønstre for mindre grupper. Organisasjonene er i liten grad opptatt av saker som omfatter hele befolkningen eller å hjelpe vanskeligstilte gjennom materiell eller åndelig bistand (St. meld nr. 39 (2006-2007):23; Wollebæk m. fl. 2000:79). Vi ser en tendens til at frivilligheten i nyere tid har et sterkt preg av å være rettet mot medlemmenes egne interesser og aktiviteter i form av idretts-, kultur- og fritidsforeninger, mens humanitære og religiøse foreninger med verdibasert fokus i større grad svekkes (Nødland m. fl. 2007:18). Det er noen felles trekk ved utviklingen av organisasjonene i etterkrigstiden og fram til i dag. Nå er det mer fokus på egenorganisering, selvtutfoldelsene og ønsket om umiddelbare opplevelser og resultater. Folk ser etter medlemskap med mening for dem selv og skifter gjerne mellom organisasjonene raskere enn det folk gjorde tidligere. (St. meld nr. 39 (2006-2007):24). Utviklingen har først og fremst ført til en økt profesjonalisering og spesialisering av organisasjoner hvor effektivitetshensyn har fått større betydning. Vi finner også en økende aktivitetsorientering og sentralisering som en følge av at nasjonale organisasjoner legger mindre vekt på å ha lokale organisasjonsnivåer. Det pekes på at det frivillige organisasjonssamfunnet går i retning av et todelt samfunn, hvor noen organisasjoner finnes på lokalt nivå, mens andre er på nasjonalt nivå. Det kan sies at de lokale organisasjonene er preget av uformell struktur og enkeltsaksorienterte aksjoner (St. meld nr. 39 (2006-2007):26-27).

### **2.4 Samarbeidsformer mellom offentlig og frivillig sektor**

St. meld nr. 27 (1996-1997) viser til at fremveksten av den moderne velferdsstaten førte til en grunnleggende endring i forholdet mellom staten og organisasjonene, mye på grunn av at

---

<sup>2</sup> Sentralforeningen for utbredelse av legemsøvelser og vaabenbruk er forløperen til Norges idrettsforbund og olympiske og paralympiske komité vi kjenner i dag.



offentliges myndigheters ansvarsområde blir utvidet. Det offentlige har gradvis flyttet ansvarsområdet sitt inn på frivillighetens opprinnelige arbeidsfelt. Helse- og sosialfelt, barn og ungdoms oppvekstmiljø, kultur, idretts- og fritidsfelt, friluftsliv og naturvern er noen eksempler (St. meld nr. 39 (2006-2007):23) og Wollebæk m. fl. (2000:79). Deltakelse i frivillige organisasjoner gir en veldig god egenverdi, samtidig som at det gir store bidrag til velferdsproduksjon. Det er tre områder som blir fremhevet hvor frivillige organisasjoner kan supplere offentlige myndigheter: a) bidra til å fange opp og sette nye behov på dagsorden som bør følges opp med tilbud fra det offentlige, b) påvirke arbeidet med å videreutvikle velferdsstaten gjennom å kritisere offentlige myndigheter og c) utløse ressurser og tilby tjenester som utfyller offentlige tilbud (St. meld nr 39 (2006-2007):71). Både St. meld nr. 27 (1996-1997) og St. meld nr 39 (2006-2007:24) deler frivillig virke inn i tre deler:

1. Medlemsbasert virke, der organisasjonene ses som bærere av demokrati, kultur og tradisjoner, og hvor virksomheten skaper mening, tilhørighet og fellesskap.
2. Verdibasert samvirke, der hensikten med støtten er å utløse frivillige ressurser og egenart for å realisere felles mål.
3. Fortjenestefri velferdsproduksjon, der organisasjonene kan ses som produsenter av velferdsytelser for offentlig regning, vanligvis med ansatt bemanning, og etter nærmere angitte offentlige retningslinjer.

Hensikten med en slik inndeling er å tydeliggjøre at offentlige myndigheters samspill med frivillige organisasjoner kan ha ulike former, og med det mål å etablere overordnede normer i statsforvaltningen med tanke på tildeling til frivillige formål. Nødland m. fl. (2007:19) deler også inn forholdet mellom kommunene og frivillige organisasjoner i tre, og disse er nesten sammenfallende med regjeringens; Meningsutveksling og demokratiutvikling, prosjektbasert og temporært samarbeid og Frivillig innsats i institusjonaliserte samarbeidsformer. Likheten mellom Nødland og Stortingsmeldingene er flere i form av at i første punktet er at medlemmer i organisasjonene lærer demokrati, kultur og tradisjoner, samt er en arena for utveksling av erfaringer og meninger. I neste punktet er aktørene litt tettere knyttet da de samarbeider om konkrete, men kanskje kortvarige prosjekter eller aktiviteter hvor offentlig myndigheter betaler / støtter frivillige organisasjoner i deres arbeid og aktiviteter som tjener fellesskapet. Tredje og siste punktet er partene sterkt knyttet i langvarige og institusjonaliserte samarbeidsformer. Som vi skal se videre i oppgaven er samarbeid mellom fysiotek og frivillige organisasjoner et godt eksempel på samarbeid der frivillig lag utfyller og bistår kommunen i kommunens tjenester.

## 2.5 Kriterier for samarbeid

NOU (1998:18 s228) trekker fram fem områder som er avgjørende for å lykkes i folkehelsearbeidet for offentlig myndigheter i samarbeid med frivillige organisasjoner: a) det må være et ideologisk utgangspunkt for arbeidet, b) innsatsene må forankres i ordinær virksomhet, c) kontinuitet og langsiktighet i arbeidet må ivaretas, d) det må være rom for fleksibilitet i organisering og e) det må være reell medvirkning fra frivillig sektor. Punktene har klare likhetstrekk med governance og partnerskap som jeg har redegjort for tidligere.

International Research Institute of Stavanger (IRIS) har gjennomført en kartlegging av kommunenes samhandling med frivillige sektor (Nødland m. fl 2007:28-29), hvor de har utarbeidet en liste over suksesskriterier for å lykkes med samhandling mellom offentlig og frivillig sektor. Suksesskriteriene er basert på en studie av nordisk litteratur om samarbeid og samhandling mellom frivillige organisasjoner og offentlige myndigheter (Nødland m. fl. 2007:17). Jeg har valgt å dele inn Nødlands oversikt over kriterier i to hovedgrupper med underpunkter; frivillighetspolitikk og planverk, og rammer, struktur og ansvarsfordeling. Punktene vil være utgangspunkt for videre analyse av samarbeidet mellom fysiotek og frivillige lag for å kunne svare på problemstilling nummer to.

### ***Frivillighetspolitikk og planverk***

- Kommunene bør utarbeide en frivillighetspolitikk som forankres politisk og administrativt
- Ut fra frivillighetspolitikken bør det utarbeides en frivillighetsplan, som de frivillige får delta i utformingen av.
- Kommunen bør utvikle en god mottakskultur for forslag og initiativ fra frivillige lag.

### ***Rammer, struktur og ansvarsfordeling***

- Samordning av frivillighetspolitikken mellom ulike kommunale sektorer/ virksomheter er viktig der dette kan bli nødvendig.
- Det må være klart hvorfor partene skal samarbeide, og hva slags merverdi partene får ut av samarbeidet. – *what's in it for me?*
- Ha respekt for de frivillige organisasjonenes egenart og autonomi, da de gjerne er etablert og jobber for sin egen sak, som ikke nødvendigvis sammenfaller med de oppgavene kommunen ønsker å jobbe med.
- Kommunen bør i konkrete samarbeidstilfeller unngå å ha direkte konkurranse med frivillige organisasjoner, samt at frivillige organisasjoner ikke skal ta over kjerneoppgaver til kommunen. Tilbudet de frivillige gir bør være et supplement i forhold til kjernevirksomheten til det aktuelle laget og den kommunale velferdsproduksjonen, eventuelt komme som en spinn-off, eller at det frivillige laget ser at en innsats kan gi positive ringvirkninger på egen organisasjon.
- Klarlegge eierforhold til prosjekt og ansvarsfordeling fra starten av.
- Avklarer roller og spilleregler fra første stund, hvor de frivillige organisasjonene involveres på lik linje som de offentlige aktørene

- Oppgaver og avklaringer bør fremkomme i skriftlige avtaler med klare strategier der målgruppene for samarbeidet og de konkrete oppgavene blir nedfelt.
  - Samarbeidet må framstå som et partnerskap mellom likeverdige parter, der partene skal ha mulighet til å kunne si nei til et videre samarbeid
  - Kan diskuteres hvor formalisert samarbeidsrelasjonen bør være
- For å lykkes med samarbeidet er det viktig at tilstrekkelig økonomiske ressurser settes inn. Samtidig må det stilles krav til mottakerne av midlene.
- Der hvor prosjektene er avhenging av en prosjektleder blir de personlige egenskapene til prosjektlederen viktige. Derfor må egenskapene til prosjektlederen, og fra hvilken aktør prosjektlederen skal rekrutteres fra avklares på forhånd.
- Kommuner som opplever suksess i en eller annen form anbefales å dele sin ”best practice” med andre.

Hva vektlegges i begrepet partnerskap i denne sammenhengen? Nødland m. fl (2007:28-29) har som nevnt vist til et kriterium for å lykkes med samarbeid mellom kommune og frivillige lag er å opprette partnerskapsavtaler. En av studiene Nødland bruker som grunnlag er en studie av Mette Hjære. Hun har studert og evaluert tre partnerskap mellom kommuner og frivillige sosiale organisasjoner i Danmark (Hjære, 2005). Hjære (2005:26-35) har kommet fram til tre forutsetninger for at partnerskap skal fungere, som jeg ønsker å bruke som et ytterligere teoretisk grunnlag i analysen av fysiotekenes samarbeid med frivillige lag. Hun deler forutsetningene inn i tre deler; verdibaserte, organisatoriske og prosessuelle forutsetninger.

Innenfor verdibaserte forutsetninger fremheves vilje til partnerskap som viktig. Med vilje menes ønske og vilje til å samarbeide med andre, og samtidig forandre på noe av sin egen organisasjon. Vilje handler ikke bare om å se utad, men minst like viktig er å se innad i organisasjonen. Er organisasjonen villig til å ta de konsekvenser et partnerskap kan medføre? For frivillige organisasjoner er det viktig ikke å tape identitet med et partnerskap. En fare med partnerskap med en kommune kan føre til at den frivillige organisasjonen kan bli ”lillebror” og må føye seg etter kommunens ønsker, og bli ”halvoffentlige”. Erfaringene som Hjære viser til er faktisk det motsatte. De lag og foreninger som inngår i partnerskap med kommunene eller andre aktører blir mer bevisst på sin identitet. Hvis lagene tar en diskusjon av vurderinger og muligheter for partnerskap innad i laget kan det være med på å gi laget en styrket identitet. Tap av identitet er ikke bare gjeldene for det frivillige laget. Kommunen må ved inngåelse av partnerskap gi slipp på noe av sin autonomi, og slippe til andre i beslutningsprosesser. Respekt mellom partene og likeverd mener Hjære er en selvfølgelighet og det bærende prinsipp for at partnerskap skal lykkes. Kunnskap om hverandres oppgaver og kvaliteter er i så måte viktig.

Det andre hovedpunktet, organisatoriske forutsetninger framhever at velfungerende partnerskap bygger på et solid organisatorisk fundament. Derfor er stabilitet og faste strukturer, økonomisk

handlerom og uavhengighet nødvendige forutsetninger. I tillegg er selve kontrakten viktig, hvor den enkelte partners ansvarsoppgaver er nedskrevet er godkjent av alle partene. Den skriftlige kontrakten gjør at partene føler seg mer forpliktet til å utføre oppgavene enn de ville med bare med mer løst samarbeid.

Forutsetninger i prosessen i form av personlige relasjoner blir av Hjære omtalt som partnerskapets paradoks, på den måten at partnerskapene i utgangspunktet skal være uavhengige av enkeltpersoner. På andre siden er partnerskapene avhenging av enkeltpersoner for å opprettholde kontinuitet og eierskap, noe som gjør partnerskapet sårbart ved utskiftinger av personer. Et partnerskap fungerer godt når det skapes trygghet og tillitt, som igjen skaper stabilitet og kontinuitet. Tidsperspektiv er en annen forutsetning i prosessen med partnerskap. I studien til Hjære tok det ca ett år å inngå partnerskap, etablere og implementere samarbeidet. Å bruke lang tid kan selvsagt ha sine fordeler. Det blir gjort et grundig forarbeid som er gjennomdiskutert innad i partene, partene blir bedre kjent med hverandre i forhandlingsprosessen og til slutt styrker det sjansene for at partene har tillitt til hverandre. Motsatt kan lang tid føre til spørsmål om det er verdt å bruke så lang. Særlig gjelder det frivillige lag, de må spørre seg om de er villig til å bruke så lang tid.

### 3 DATAGRUNNLAG OG METODE

Jeg vil med dette kapitlet redegjøre for de valgene jeg har tatt når det gjelder forskningsmetode og forklare hvordan datamaterialet er samlet inn og videre bearbeidet og analysert. Jeg vil også reflektere over kvaliteten på datamaterialet og tolkningene i lys av begrepene *intern- og ekstern validitet og reliabilitet*.

Hensikten med denne empiriske undersøkelsen er å framskaffe ny kunnskap om samstyring i folkehelsearbeid. I forskning er det snakk om to typer kunnskap, hvor den første karakteriseres som en ny kunnskap i form av noe ”vi ikke har visst i det hele tatt før”. Den andre type kunnskap baserer seg på kunnskap vi allerede kjenner, men skal heller supplere og utvide kunnskapen (Jacobsen, 2005:15). For å finne ut den kunnskapen jeg ønsker om folkehelsearbeidet må det gjøres på en forskningsbasert tilnærming. Jacobsen (2005:17). sier forskning kan forstås som en ”*systematisk undersøkelse av et eller flere spørsmål*”. Begrepet systematisk er sentralt i forskning, ved at både datainnsamling, behandling av data og presentasjon av data er systematisert på en strukturert måte, og ikke bare løselig og tilfeldig behandlet. For å sikre troverdighet og legitimitet må dataene vi finner kunne skilles fra dagligdags innsamling av informasjon. En forskningsbasert tilnærming er helt avhengig av en *problemstilling*. Jeg har i denne oppgaven valgt å ha to problemstillinger. Den første problemstillingen min er en beskrivende og deskriptiv problemstilling, mens den andre problemstillingen er en mer forklarende art (Jacobsen, 2005:75), da jeg vil se om det finnes samstyring mellom offentlig og frivillige aktører i folkehelsearbeid på lokalt nivå.

I denne studien har jeg benyttet meg av to kvalitative metodiske tilnærminger. Jeg har brukt en dokumentstudie for å finne data til arbeidet med den første delen av oppgaven for å besvare problemstilling nr en. I arbeidet med problemstilling nr. to har jeg benyttet meg av kvalitative intervjuer og dokumentstudier av relevante kommunale dokumenter. Jeg har totalt gjennomført 14 kvalitative intervjuer med representanter fra tre kommuner i Oppland, hvor jeg intervjuet representanter fra virksomhetsområdet kultur, fysioterker og representanter fra frivillige lag og foreninger i kommunene. I tillegg har jeg intervjuet folkehelsekoordinatoren i Oppland fylkeskommune og fagkoordinator for fysiotekmodellen ved Øverby Helseportssenter<sup>3</sup>. De to

---

<sup>3</sup> Øverby Helseportssenter med aktivitetshus og tilhørende anlegg eies av Gjøvik kommune. Utvikling og drift er senteret er juridisk organisert som en ideell stiftelse: "Stiftelsen Øverby Helseportssenter". Øverby har et partnerskapsamarbeid i folkehelse med Fylkeskommunen og drifter ulike prosjekter som går inn under

sistnevnte personene har jeg intervjuet primært for å få bakgrunnsinformasjon til arbeid med oppgaven og spissing av tema.

### **3.1 Metodisk tilnærming - Kvalitativ forskingsmetode**

Problemstillingene jeg har valgt skal være grunnlaget for valg av metodisk tilnærming. En metode kan forstås som et *"hjelpemiddel for å gi en beskrivelse av virkeligheten"* (Jacobsen, 2005:24). Det er hva jeg faktisk ønsker å finne ut som avgjør om jeg bruker en kvalitativ og intensivt opplegg eller et kvantitativ og ekstensivt opplegg (Jacobsen, 2005:87-88, Hellevik, 2002:95-99). Ut fra problemstillingen hvor jeg ønsker å se på samstyring i folkehelsearbeid mener jeg kvalitativt og intensivt undersøkelsesopplegg er den metodiske tilnærmingen som gir meg best svar. Intensivt undersøkelsesopplegg gir detaljkunnskap og et helhetsperspektiv til feltet som skal undersøkes. Med et helhetsperspektiv blir ikke informasjonen oppstykket, men kan sees i sammenheng til hverandre. Det er også mulig å danne seg et bilde av utviklingen av feltet, noe man kan miste med et mer ekstensivt opplegg.

Hovedtyngden i oppgaven ligger i del to hvor jeg ønsker å få fram hva kommunene og særlig fysiotekene vektlegger i å samarbeide med frivillige lag. I hvilken grad bruker de samstyring i form av partnerskap i sitt arbeid med frivillige lag og foreninger? Hva avgjør fysiotekarenes valg av frivillige lag å samarbeide med? Jeg mener det er nødvendig med kvalitative intervjuer for å få en så grundig begrunnelse som mulig fra de forskjellige aktørene. Motsatt er det naturligvis viktig å forstå hva de frivillige lagene vektlegger i samarbeidet med kommunen. Jeg har valgt å ta for meg et lite utvalg av kommuner i Oppland for å kunne gå i dybden på de enkelte kommunene i deres arbeid og oppfattelser. Jeg mener derfor at kvalitativ tilnærming gir meg best grunnlag for å besvare problemstillingene mine.

En kvalitativ tilnærming kjennetegnes i korte trekk av rik og dyp informasjon om et lite antall enheter, mens kvantitativ tilnærming går i bredden ved å registrere sammenlignbar og strukturert informasjon i et stort utvalg (Ringdal 2007:92). Åpenhet og nærhet er gjerne stikkord som går igjen i litteraturen (Ringdal, 2007:92, Ryen, 2006:119 og Jacobsen, 2005:129). Kvalitativ tilnærming brukes gjerne for å forstå eller tolke fenomener ut fra den mening folk gir dem (Ryen 2006:18). Et sitat av Ian Day (Jacobsen, 2005:126) sier følgende: *"Mens kvantitative data opererer med tall, opererer kvalitative data med meninger. Meninger er formidlet i hovedsak*

---

folkehelseprogrammet. En sentral del Øverbys prosjektvirksomhet for folkehelseprogrammet i Oppland er å lede og koordinere organisering av ulike lavterskelmodeller for økt fysisk aktivitet og endring av levevaner for personer med forhøyet risiko for utvikling av livsstilssykdommer ([www.overby.no](http://www.overby.no)).

*gjennom språk og handlinger*”. Kvalitativ tilnærming kan anses som empiri i form av ord som formidler mening, og brukes gjerne for å forstå eller tolke fenomener ut fra den mening folk gir dem (Ryen, 2006:18 og Jacobsen, 2005:124). Gjennom å snakke med aktuelle personer vil jeg få innblikk i hva slags oppfattelse de har av samarbeid mellom offentlige og frivillige lag i folkehelsearbeid. Kvalitativ metode vektlegger hvordan mennesker tolker og forstår virkeligheten de lever i ved å innhente empiri form av ord som formidler mening (Jacobsen, 2005:124). Med en slik tilnærming får jeg fram hvordan menneskene konstruerer virkeligheten, og hvilke nyanser og variasjoner som ligger til grunn i fortolkningene, samt variasjonsbredde og mangfold.

Denne studien kan anses som en case - studie hvor fokus er på et fenomen som belyses fra flere ulike ståsted med tre case (Jakobsen, 2005:91). Denne type studie egner seg godt i min studie, da jeg ønsker en rik og detaljert beskrivelse av fenomenet samstyring mellom fysiotek og frivillige lag i flere kommuner. Ved å bruke relevant skriftlig materiale, og valg av sentrale respondenter i kommunene får jeg et godt innblikk i kommunene jeg har valgt ut til studien.

## **3.2 Innsamling av empiri**

### **3.2.1 Dokumentstudie**

For å studere folkehelsearbeid på statlig og regionalt nivå har jeg hovedsakelig brukt primærkilder gjennom en innholdsanalyse av utvalgte tilgjengelige stortingsmeldinger og partnerskapsavtaler. Av sekundærdata har jeg benyttet meg av rapporter og evalueringer. Primærdata er data jeg henter inn i form av egeninnsamlet empiri, eller data jeg behandler uten andre har tolket eller bearbeidet før meg, eksempelvis stortingsmeldinger. Sekundærdata er data som er innhentet, behandlet og tolket av andre, og brukes gjerne i tillegg til primærdata for å enten bekrefte eller kritisere funn i primærdataene (Jacobsen, 2005:137, 163). Slike studier kalles gjerne for dokumentstudie, og kan være en blanding av studie av både primær – og sekundærdata. Ved å studere innholdet i dokumentene har jeg til hensikt å finne intensjoner, målsetninger og strategier om folkehelsearbeid og hva sentrale myndigheter vektleger i folkehelsearbeidet. Hovedvekt i studiet har jeg lagt på St. meld nr. 16 (2002-2003). Stortingsmeldingen er den siste meldingen regjeringen har gitt ut, og er i så måte den som legger grunnlaget for folkehelsepolitikken slik den er i dag. I tillegg har jeg brukt underveisrapporter fra Norsk Institutt for By - og Regionforskning ved Hofstad og Vestby (2009) og Bergem m. fl (2009) fra Møreforskning om folkehelsepartnerskap. Begge rapportene er laget på oppdrag fra Helsedirektoratet hvor Hofstad og Vestby har studert partnerskap for folkehelse med kvantitative øyne, mens Bergem brukt kvalitativ tilnærming for å studere partnerskap for folkehelsearbeid. I 2010 ble det gitt ut en

sluttrapport (Bergem m. fl 2010) som er bygget på de to nevnte rapportene. Ulike informasjons – og utlysingsbrev fra Helsedirektoratet (Sosial og Helsedirektoratet) har også vært sentrale dokumenter. Et annet dokument jeg har brukt mye er en rapport fra International Resarch Institute of Stavanger hvor de har studert nordisk forskningslitteratur om kommuners samhandling og samarbeid med frivillige sektor (Nødland m. fl. 2007:17). På bakgrunn av resultatene av studien har det blitt utarbeidet en liste med suksesskriterier for samarbeid mellom kommune og frivillige lag. Suksesskriteriene har jeg vektlagt mye i arbeidet mitt med intervjuguide og utarbeidelse av forskningsspørsmål.

På det regionale nivået i Oppland fylke har jeg studert hvordan det arbeides med folkehelse generelt i Oppland. Gjennom studier av planverk for folkehelsearbeid i Oppland fra 2006 - Opplandsresepten, partnerskapsavtaler mellom Oppland Fylkeskommune og Fylkesmannen i Oppland med ulike aktører i Oppland, (eksempelvis Øverby Helseportssenter, Oppland Idrettskrets, Nasjonalforeningen for Folkehelse,) har jeg i hovedsak fått de data jeg var ute etter. Hva kan studie av dokumenter i Oppland gi meg svar på og ikke svar på? Dokumentstudiet gir meg svar på fylkets intensjon i folkehelsearbeidet, og hvilke virkemidler de ønsker å benytte seg av. Videre gir det meg svar på hvilke parter fylket har inngått partnerskapsavtale med. De partnerskapsavtalene jeg har fått tilgang på gir meg svar på hva partene forplikter seg til å gjøre og hvilke rammer som ligger til grunn. En utfordring med dokumentstudiet er at det er gjort lite forskning på folkehelsepartnerskap i Norge, da det er forholdsvis nytt og i varierende grad utbredt i fylkene. Jeg har derfor ikke mange dokumenter som viser hvordan partnerskapene faktisk blir gjennomført, og hvilken nytte partene får ut av partnerskapet. De eneste jeg har å støtte meg til er undersøkelsene til Hofstad og Vestby (2009) og Bergem m. fl. (2010, 2009). Jeg ikke har intervjuet partene på regionalt nivå i Oppland så jeg har ingen data som kan gi meg svar på nytten og om partnerskapene fungerer. Jeg har bare informasjon om partnerskapene før de ble iverksatt, og ikke noe underveis i arbeidet med folkehelsearbeidet.

For å besvare problemstilling nummer to har jeg primært benyttet meg av kvalitative intervjuer, men jeg har også lagt dokumenter til grunn. Dokumentene har i oppgave å supplere eller korrigere informasjon jeg har fått gjennom intervjuene mine, samt være en kontrollfunksjon. På lokalt nivå har jeg studert kommuneplaner, med samfunnsdel og delplaner for blant annet idrett og friluftsliv der dette har vært tilgjengelig. Innenfor Fysiotekmodellen har jeg ikke noe forskning som er rettet mot partnerskap i en slik kontekst jeg har i denne oppgaven. Jeg har derimot støttet meg mye til Årsrapport for Fysioteket i 2008 (Øverby Helseportssenter m. fl. 2009). Rapporten tar for seg statistikk over forskjellige forhold i fysiotekmodellen, eksempelvis antall brukere, fordeling på



aktivitet, henvisningsårsak, demografiske variabler, samt en diskusjon av viktige element i rapporten. Videre har jeg rapporter fra Danmark og Sverige om fysisk aktivitet på resept som jeg bruker for å supplere funnene i intervjuene. Jeg har møtt en del utfordringer i forbindelse med å få tilgang på avtaler mellom fylket, kommune, fysiotek og frivillige lag. Noen av avtalene er konfidensielle og ikke egnet for offentligheten. I andre tilfeller har aktørene ikke avtalen tilgjengelig da den ble skrevet under på et tidligere tidspunkt og ikke blitt arkivert ordentlig. Dette gir utslag i at jeg må ta utgangspunkt i standardavtalen som er utarbeidet av fylkeskommunen i samarbeid med Øverby Helsesportssenter.

### **3.2.2 Valg av fylke og kommuner**

Med utgangspunkt i at folkehelsearbeidet skal ha lokale variasjoner er det vanskelig for meg å ta for meg alle lokale varianter i Norge. Jeg har valgt å bruke Oppland fylke som utgangspunkt for denne studien av flere årsaker. For det første beliggenheten i forhold til Høgskolen i Lillehammer hvor jeg er student. Med tett beliggenhet har jeg fått tilgang til både stoff og kontakt med respondenter, da de hadde kjennskap og et forhold til høgskolen. En annen grunn er fysiotekmodellen som er særegen for Oppland, noe som gjør det ekstra interessant å studere noe som bare finnes i ett fylke. En tredje grunn er at jeg selv kommer fra en kommune i Oppland, og jeg finner det interessant å studere mitt eget hjemfylke. Videre har jeg tidligere nevnt offentlige myndigheters økte fokus på frivillige lag og foreninger i folkehelsearbeid. Jeg mener det derfor er veldig interessant at Oppland har valgt en modell for fysisk aktivitet på resept som involverer frivillige lag i så stor grad som fysiotekmodellen gjør.

I og med at jeg har valgt å gjøre en kvalitativ tilnærming i min oppgave har jeg vært nødt til å gjøre et utvalg av respondenter. Utvalget gjøres med utgangspunkt i en populasjon, det vil si alle undersøkelsesenheter vi ønsker å uttale oss om, eller har tilgjengelige for en undersøkelse. I denne oppgaven er populasjon alle kommunene i Oppland som tilbyr fysisk aktivitet på resept gjennom et fysiotek, totalt 15 kommuner pr. 2009. Utvalget kan defineres som en undergruppe eller mindre gruppe av populasjonen (Jacobsen, 2005:80). Ut fra omfanget på studien, tidsmessige og økonomiske ressurser må jeg begrense antall kommuner jeg kan studere. Derfor har jeg valgt å ta for meg tre kommuner, da jeg mener utvalget er tilstrekkelig og gir meg nok informasjon til å besvare problemstillingene. Det er ikke noe formål med studien å studere kommuner som er typiske eller er gjennomsnittelige i Oppland, men kommuner som er i front av folkehelsearbeidet og kan karakteriseres som "best case". Jeg har derfor valgt ut kommuner ut fra et sett fastsatte kriterier.

Et hovedkriterium jeg har brukt er kommuner som i utgangspunktet har lyktes i folkehelsearbeidet. Med begrepet lykkes mener jeg ikke lykkes i form av helsemessige forhold. Derimot vektlegger jeg kommuner som er rimelige å anta er gode eksempler på lokalt folkehelsearbeid, gjennom klare rammer og målsetninger med folkehelsearbeidet. Kommunene må ha en velfungerende infrastruktur i form av faglig sterke personer i sentrale stillinger og gode fasiliteter for fysiotekene for å bli valgt ut. Kommunene må også ha arbeidet aktivt med folkehelsearbeid i flere år. Kommunene jeg har valgt ut er alle aktive i folkehelsearbeid, da de både er FYSAK<sup>4</sup> kommuner, har partnerskapsavtale med fylkeskommunen, og er med i prosjektet Helse i Plan. Deltakelse i fysiotekmodellen er et naturlig utvalgs-kriterium, og mine utvalgte kommuner har hatt fysiotek over flere år. I kommunene har fysiotekmodellen fått tid til å etablere seg i kommunen, og jeg har i hvert fall en antagelse om flere lag og foreninger er involvert i folkehelsearbeid gjennom fysiotekmodellen. Jeg ønsket ikke å fokusere på kommuner som ikke har arbeidet med folkehelsearbeidet, eller hvor arbeidet med fysioteket bare så vidt er i gang. Disse kommunene er mest sannsynlig ikke er gode eksempler på lokalt folkehelsearbeid eller har et utbredt samarbeid med frivillige lag og foreninger.

På bakgrunn av statistiske data fra Årsrapport for fysiotekmodellen 2007 og 2008 (Øverby Helseportssener m. fl 2009, 2007) har jeg valgt ut antall Opplandsresepter i forhold til kommunens folketall som kriterium for valg av kommunene. Rapporten viser at antall brukere som er registrert med ferdig behandling var i 2006 95 brukere, i 2007 271 mens i 2008 var antall bruker økt til 419 fordelt på alle kommunene. Det har altså vært en gradvis økning. Det blir flere kommuner med fysiotek, flere fysioterapeuter har økt sine stillingsprosent og at legene er flinkere til å henvise brukere til fysiotekene.

Selv om jeg har valgt ut kommuner som har en forholdsvis stor andel brukere av fysioteket, er jeg ikke garantert at samarbeid med frivillige lag og foreninger har vært omfattende. To av kommunene ligger høyt på lista over antall brukere pr. innbyggertall og har økning fra år til år. Den siste kommunen har forholdsvis lav brukerandel i forhold til innbyggertall, selv om den har hatt fysiotek i flere år. Den ene kommunen med mange brukere og den kommunen med få brukere har omtrent samme innbyggertall, mens den tredje kommunen har litt i underkant av halvparten så

---

<sup>4</sup> FYSAK er en forkortelse for fysisk aktivitet som en del av det tverrsektorielle folkehelsearbeidet som skal ha fokus på tilrettelegging for og utvikling av aktivitetstilbud på ulike arenaer med lav terskel for å delta. Viktige arenaer for FYSAK er skole, arbeidsplasser, helse- og sosialtjeneste, fritid og nærmiljø. (<http://www.oppland.no/Fag-og-tjenester/Kultur-og-idrett/Idrett/FYSAK/Idrett/>)

mange innbyggere som de to andre. Gjennom intervjuet med prosjektlederen for fysiotekmodellen kom det fram at fysioteket i denne kommunen hadde ligget nede en stund, men at det var i gang igjen andre halvdel av 2008. Denne kommunen er en av flere som ikke har rukket og registrerer alle brukerne til Øverby før rapporten gikk i trykken, så den statistiske oversikten er kun veiledende. Siden den tredje kommunen også er aktiv innefor andre deler av folkehelsearbeidet ble jeg i samråd med fagkoordinatoren enig om at jeg også kunne ta for meg denne kommunen. Oppsummert har jeg valgt kommuner ut fra følgende kriterier:

1. Fysiotek i flere år
2. Partnerskap med fylke og deltakelse i folkehelseprosjekt i fylket
3. Rimelig å tro at de tre kommunene er gode eksempler på lokalt folkehelsearbeid gjennom en indikator på antall brukere pr. innbyggertall.
4. Samtale med fagkoordinator for Fysiotekmodellen

### **3.2.3 Utvalg av respondenter i kommunene**

Ut fra problemstillingen min er det naturlig at jeg har intervjuet fysioterapeuter i kommunene, da det er de som har ansvaret for samarbeid med aktuelle lag og foreninger. Nødland m. fl. (2007:49) har i sin undersøkelse funnet ut at virksomhetsområdet kultur er den kommunale virksomheten som samarbeider mest med frivillige lag og foreninger. Jeg regnet med at kultur kunne redegjøre for kommunens generelle syn på samarbeid med frivillige lag, og ut fra det grunnlaget har jeg valgt å intervju representanter fra kultur. På bakgrunn av denne undersøkelsen har jeg valgt å intervju en representant fra kulturkontoret i de utvalgte kommunene, fortrinnsvis kultursjefen.

I en av kommunene jeg studerte ble jeg møtt av både kultursjef og kulturkonsulent med ansvar for idrett og fysisk aktivitet. En kommune var representert med en kulturkonsulent, da kultursjef ikke hadde mulighet til å stille til et intervju, mens den tredje kommunen var representert med kultursjefen.

Da jeg intervjuet fysioterapeutene spurte jeg om de kunne anbefale meg noen lag og foreninger jeg kunne snakke med. Jeg fikk navn og telefonnummer til kontaktpersoner i de aktuelle lagene i den enkelte kommunene. Fordelen med en slik framgangsmetode er jeg lettere kan få innpass hos i et frivillig lag ved å henvise til samtale med fysioterapeuten i kommunen. Ulempen er at jeg ikke kan styre hvem jeg kan snakke med, men må stole på at de personene jeg får kan gi meg gode svar. Fysioterapeuten i kommunen kan bevist la meg snakke med frivillige lag som er positive til kommunen, og kanskje henviser meg bort fra lag som er negative. Jeg tror ikke det er aktuelt med mine respondenter, men det er viktig å tenke over denne svakheten med metoden.

### **3.3 Det kvalitative intervjuet**

I denne oppgaven er jeg interessert i hvordan den enkelte fagperson oppfattet samarbeid mellom offentlig og frivillige sektor og hvilke meninger som legges til grunn. Målet med intervjuene er å få fram den enkelte respondents egne fortolkninger og meninger om samarbeidet mellom kommunen og de frivillige lagene.

#### **3.3.1 Intervjuguide**

En intervjuguide kan lages på mange måter, men jeg har valgt å bruke halv - strukturerte intervjuguides hvor jeg har listet opp alle tema og spørsmål jeg vil ha svar på i intervjuet. Ved å ha en halvstrukturert intervjuguide ønsket jeg å oppnå og komme innom alle tema jeg ønsket, samtidig om respondenten ikke skulle bli bundet opp av faste spørsmål. I tillegg til spørsmålene hadde jeg laget noen oppfølgingsstikkord jeg kunne bruke hvis respondenten ikke gav utfyllende nok svar i første omgang. Et problem med å ha stikkord som kan skytes inn underveis i samtalen er faren for ledende spørsmål (Ryen, 2006:108). Jeg vil på den ene siden få fram en mening, men samtidig ikke tvinge fram en mening om et tema eller emne.

På bakgrunn av anbefalinger fra blant annet Nødland m fl. (2007) har jeg laget intervjuguidene. Jeg hadde en egen intervjuguide til de forskjellige kategoriene av respondenter; fagkoordinatoren for fysiotekmodellen, respondenter fra virksomhetsområdet kultur, fysioterker og representanter fra frivillige lag og foreninger. Det er nødvendig med forskjellige intervjuguides da jeg hadde forskjellige spørsmål og vinklinger til de forskjellige kategoriene, samtidig som det er viktig med samme intervjuguide til alle kategoriene jeg intervjuet. Jeg mener det er viktig for å være sikker på at jeg fikk svar på samme spørsmålene og for å kunne sammenligne svarene. På bakgrunn av svarene jeg fikk i en kategori utarbeidet jeg intervjuguiden til neste gruppe på neste nivå.

Intervjuet eller samtalen med folkehelsekoordinatoren i Oppland bar preg av å være en informasjonssamtale hvor jeg hovedsakelig var ute etter informasjon om folkehelsearbeidet i Oppland som jeg kunne bruke videre i arbeidet med spissing av tema i oppgaven. Jeg hadde derfor ikke utarbeidet en spesifikk intervjuguide, men hadde kun noen spørsmål som tok for seg de store linjene i folkehelsearbeidet i Oppland.

#### **3.3.2 Gjennomføring av intervjuene**

Gjennomføring av kvalitative intervjuer er ressurskrevende på flere måter. Jeg brukte lang tid på å komme i kontakt med informantene mine. Flere av informantene har en travel hverdag på jobb, så

det var vanskelig å finne tid til å møte meg selv om de i utgangspunktet var positive. Særlig opplevde jeg det som utfordrende å avtale tid med fysiotekarene, noe jeg tror kan ha sammenheng med at de har lav stillingsprosent. Det er både tidsmessig og økonomisk krevende å gjennomføre kvalitative intervjuer. Jeg valgte å reise ut til de enkelte respondentene i kommunen, da jeg gjerne ville ha et personlig intervju. I og med at det var travle mennesker jeg har intervjuet ble det vanskelig å få til intervju av både representant fra kultur og fysiotekaren i samme kommune på samme dag. Derfor måtte jeg reise to ganger til samme kommune for å gjennomføre intervjuene.

Jeg kontaktet respondentene hovedsakelig gjennom e-post og avtalte møtetidspunkt gjennom e-post veksling. For de aller fleste respondentene måtte jeg purre på for å få et svar. Ved et par anledninger hvor jeg ikke fikk respons ringte jeg vedkommende og gjorde en avtale over telefon. Intervjuene med representantene fra kommunen ble gjennomført i lokaler til respondenten, i perioden april og mai 2009.

### ***Telefonintervju***

Jeg valgte å intervju alle representantene fra frivillige lag og foreninger over telefon, først og fremst av økonomiske og tidsmessige årsaker. Jeg ønsket å unngå å reise til de forskjellige kommunene flere ganger enn høyst nødvendig. Intervjuene ble gjennomført i perioden mai og juni 2009. Det kom fram etter hvert i datainnsamlingsprosessen at det faktisk er ganske få lag og foreninger som har et samarbeid med fysiotekene, og at det derfor ikke var så mange lag jeg kunne intervju. Jeg gjennomførte intervju med representanter fra ett lag i kommune, to lag i en kommune og tre lag i en kommune. Jeg opplevde stort sett at representantene fra de frivillige lagene var interessert i hva jeg spurte de om, og at de gav av seg selv. I et par av intervjuene følte jeg det gikk litt tungt, da jeg i stor grad måtte bruke oppfølgingsspørsmålene for å få vedkommende til å snakke. Vedkommende svarte hovedsakelig med korte setninger, og var lite utfyllende i svarene sine. Utover dette har jeg bare positive erfaringer med både personlige intervjuer og telefonintervjuer.

Jeg tok opp alle intervjuene, også telefonintervjuene, på bånd med en elektronisk lydopptaker og lagret lydfilene på PC. Argumentet for å ta opp intervjuene på bånd er å kunne følge med informanten og slippe å notere ned underveis i intervjuet. Jeg følte vi stort sett hadde en god flyt i samtalen, noe jeg tror hadde blitt vanskelig om jeg skulle notert samtidig. Jeg kunne gått glipp av mye informasjon ved å notere, fordi jeg mest sannsynlig ikke hadde rukket å notere alt samtidig som det ble sagt. Ved å bruke lydopptaker var det lettere for meg å følge med i intervjuguiden, for å være sikker på at jeg fikk med meg alt selv om vi hoppet litt fram og tilbake under intervjuene.

Samtidig følte jeg det ble en mer vanlig samtale hvor jeg kunne vie respondenten all oppmerksomhet, noe jeg tror gjorde at stemningen under intervjuene ble veldig naturlig og ikke oppstykket. Argumentet mot å bruke båndopptaker er at for noen respondenter kan lydopptak være uvant og skummelt. Et annet argument er naturlig nok det at det kan oppstå tekniske problemer som ødelegger intervjuet. I all hovedsak hadde ingen av respondentene noe i mot at jeg tok opp på bånd. En respondent uttalte skepsis til å bli tatt opp på bånd fordi vedkommende hørtes så dum ut på bånd, men i og med at vedkommende ikke skulle høre intervjuet senere var det greit. En respondent fra kultur svarte slik da jeg spurte om jeg kunne få ta opp intervjuet på bånd: *"ja, det kan du, for vi står for alt vi sier her på kultur"*. En annen respondent uttalte at vedkommende ikke likte å bli tatt opp på bånd, men i og med at det ble lettere for meg som intervjuer så var det greit.

Før jeg startet selve intervjuene fortalte jeg kort om meg selv og min bakgrunn, tema for oppgaven og hvorfor jeg hadde valgt å intervju vedkommende. Jeg informerte om hvordan jeg hadde tenkt å behandle dataene både under det videre arbeidet med oppgaven, og etter at oppgaven var ferdig og levert. Jeg startet intervjuene med generelle og lette spørsmål som en slags "ice breaker". Jeg anser en slik åpning som fornuftig når jeg skulle intervju ukjente personer, mens det ikke hadde vært like nødvendig om jeg hadde kjent informantene godt fra før.

Jeg opplevde ved de fleste intervjuene at respondentene var ivrige, pratsomme og viste stor interesse for at jeg skrev masteroppgave om et tema som opptok de i jobben. Respondentene fortsatte å snakke om temaet selv om jeg indikerte at intervjuet var over når jeg slo av båndopptakeren og begynte å pakke sammen utstyret jeg brukte under intervjuene. Ved et tilfelle følte jeg at respondenten sa så mye interessant at jeg slo på igjen opptakeren, mens jeg ved et par anledninger noterte ned hva som ble sagt da opptakeren var slått av. Jeg følte jeg ble tatt godt i mot, og at respondentene var åpne og ærlige overfor meg. Både hva som ble sagt og kroppsspråk bar preg av at respondentene følte seg trygge i intervjusituasjonen. Intervjuene varte fra ca 15 min i intervjuene med frivillige lag, til over en time med fagkoordinatoren og folkehelsekoordinatoren i fylket.

### **3.4 Anonymitet**

En gylden regel er at de data som blir presentert i oppgaven ikke skal være mulig å spore tilbake til vedkommende som ble intervjuet, og skal behandles konfidensielt (Ringdal, 2007:430). I min oppgave har jeg flere utfordringer knyttet til anonymitet. Fysiotekmodellen er særegen for Oppland fylke, så det er umulig å anonymisere fylket. Pr april 2009 er det 15 kommuner som har

et fysiotek. Ut fra de utvalgskriteriene jeg har brukt kan det være mulig å finne ut hvilke kommuner jeg har undersøkt, selv om jeg har anonymisert de i oppgaven. Hvis jeg hadde offentliggjort hvilke kommuner jeg hadde undersøkt ville det vært en enkel sak å finne ut hvilke personer jeg har intervjuet. Et argument for å anonymisere kommunene er at det er jeg som har valgt kommunene, det er ikke kommunene som har spurt meg å bli en del av undersøkelsen min. Et argument mot å anonymisere er manglende muligheter for andre å etterprøve mine funn og resultater. Til tross for ulempen det er med utfordringer med etterprøvbarehet velger jeg å anonymisere alle respondenter så godt det lar seg gjøre.

### **3.5 Refleksjoner rundt empiriens kvalitet**

Det er viktig å reflektere og diskutere empirien i en studie for å kunne vurdere om konklusjonene er til å stole på. En undersøkelse må skaffe empiri som er både gyldig og relevant (valid), pålitelig og troverdig (reliabel). Hvis det jeg måler eller undersøker er det jeg faktisk vil undersøke, kan det anses som valid (Ringdal, 2007:86). Videre kan vi spørre om funnene kan overføres til andre sammenhenger, og dermed snakke om en reliabel undersøkelse (Jacobsen 2005:214). Det er også vesentlig å spørre seg om dataene er samlet inn på en slik måte at funnene er pålitelige? Ryen (2006:177) sier at tilliten til en studie eller forskningsrapport tradisjonelt er det sentrale i diskusjon omkring validitet og reliabilitet.

For meg som forsker er det en avveining mellom ressurser og høyest mulig grad av validitet og reliabilitet er en utfordring (Hellevik, 2002:102). For å sikre høyest mulig validitet og reliabilitet hadde det ideelle vært å intervju alle involverte parter i arbeidet med fysiotekene, men ressursene jeg har som mastergradstudent begrenser omfanget av empiriinnsamlingen.

#### **3.5.1 Validitet - gyldighet**

*Intern gyldighet* er avgjørende for hvor god dekning jeg har i dataene eller empirien for de konklusjonene jeg trekker. Spørsmålet er om jeg har intervjuet de rette personene og om jeg har fått de rette svarene på spørsmålene mine (Jacobsen, 2005:216). På kommunalt nivå har jeg god dekning for å si at jeg har fått de rette svarene, da jeg har intervjuet respondenter fra kultur og fysiotek. Fysiotekarene er nøkkelpersoner i denne oppgaven, og har førstehåndskunnskap om samarbeidet mellom fysioteket og de frivillige lagene. Gjennom å intervju fagkoordinatoren for fysiotekmodellen mener jeg å ha dekt opp kontrollfunksjonen for svarene fra fysioteket. Flere av funnene mener jeg har likhetstrekk med generelt folkehelsearbeid, eksempelvis Bergem m. fl (2010) og Hofstad og Vestby (2010), og modeller for Fysisk aktivitet på resept i Sverige og

Danmark (Müller m.fl. 2007 og Kallings og Leijon, 2003). Jeg mener derfor kontrollfunksjonen er tilstrekkelig oppfylt i denne studien.

Gjennom intervjuene med fysiotekarene fikk jeg anbefalt frivillige lag jeg kunne snakke med, og da var det litt skuffende at jeg ikke ble anbefalt flere lag. I kapittel seks viser jeg til at det bare var kommune B som hadde utstrakt bruk av skriftlige avtaler med lagene sine. I denne kommunen har jeg intervjuet tre lag, og burde kanskje hatt flere. Samtidig har jeg fått mange like svar fra de lagene jeg har intervjuet, og det tyder på at forhold som er relevant for et lag også er relevant for et annet. Det er med på styrke den interne validiteten til oppgaven. Jeg kan spørre om jeg hadde fått noen andre svar ved å intervju flere, og dermed hatt et større utvalg. Først og fremst hadde jeg nok fått flere svar som enten kunne bekreftet empiri fra de andre lagene, eller de kunne kommet med andre påstander og meninger. En gylden regel er; *"informasjon fra flere uavhengige kilder gir en gyldig beskrivelse av fenomenet"* (Jacobsen, 2005:218). Gjennom resultatkapitlet, kapittel seks ser jeg at flere av lagene svarer det samme, særlig på spørsmål om behovet for omfattende skriftlige avtaler. Noen respondenter fra frivillige lag gav meg mye informasjon, mens andre lag var litt mer sparsommelige med informasjon. Fysiotekene svarer ulikt på noen punkter, men i det store og hele er summen av all informasjon som gir den riktige beskrivelsen av fenomenet samstyring i folkehelsearbeid. Ryen (2006:85) sier det er informasjonen jeg får som er avgjørende, ikke antall intervjuer. Jeg mener jeg har fått mange gode svar fra de lagene jeg har intervjuet, men for å kunne trekke sikrere konklusjoner burde jeg hatt flere lag.

En konsekvens av at jeg har intervjuet lag som er involvert i folkehelsearbeidet og fysiotekmodellen er at jeg ikke har noe data fra lag som ikke er involvert. Jeg kan dermed ikke si noe om årsaker til at lag ikke er involvert. På samme måte kan jeg spørre meg om hvorfor jeg ikke har studert kommuner som ikke har opprettet fysioteket. Denne studien har som formål å studere kommuner og frivillige lag som jeg antar har lyktes med folkehelsearbeid, og jeg er derfor opptatt av involverte lag og ikke de som ikke er med. Hvis jeg hadde intervjuet ikke-involverte lag kunne jeg kanskje fått svar på hvorfor fysioteket ikke har lyktes å involvere laget. Jeg tror det kunne vært interessant og sett på en slik vinkling i kommune C, hvor det er forholdsvis få frivillige lag som samarbeider med fysioteket. Jeg kunne kanskje fått svar på om lagene tror de har noe å bidra med i folkehelsearbeid eller om de kun er opptatt av sin egen aktivitet. Til tross for at en slik vinkling kunne vært interessant har jeg ikke valgt å ta for meg ikke-involverte lag.

En annen utfordring med empirien er kunnskapen til respondentene fra de frivillige lagene (Jacobsen, 2005:217). I et par av lagene hadde ikke respondenten jeg intervjuet vært med i selve oppstartsfasen av samarbeidet med fysioteket, så de kunne ikke si så mye om årsaken til at de ble



med. En utfordring med frivillige lag er gjennomtrekk av frivillige. I ett av lagene var lederen for laget, som var ansvarlig for inngåelse av samarbeid med fysioteket, trukket seg tilbake og var ikke aktiv i laget lenger. Jeg ønsket ikke å forfølge den tidligere lederen da vedkommende ikke var aktiv lenger.

*Ekstern gyldighet* handler om de resultatene / funnene jeg finner fra mine undersøkelser også kan regnes som gyldige i andre undersøkelser, altså i hvilken grad dataene kan generaliseres (Jacobsen, 2005:222). En slik generalisering kalles også overførbarhet. I denne studien er spørsmålet i så måte om funnene mine fra tre utvalgte kommuner i Oppland kan overføres til andre kommuner. Det er viktig for meg som forsker å gi leseren en detaljert og rik beskrivelse av situasjonen som studeres slik at leseren kan vurdere hvor anvendelig studiens konklusjoner er for andre kontekster eller situasjoner (Mehmetoglu, 2004:146).

Med få respondenter kan jeg få generaliseringsproblemer, og er det da mulig å trekke pålitelige slutninger? Jeg har i utgangspunktet gjort et utvalg ut fra et sett kriterier, som gjør at jeg har et skjevt utvalg. Skjevt utvalg sammen med lokale forhold gjør det vanskelig, om ikke umulig å generalisere funnene mine med alle fysiotekene i Oppland. Formålet med studien er ikke å trekke generelle konklusjoner, men trekke fram forhold jeg antar er gode eksempler på folkehelsearbeid. Flere av funnene mine har likheter med andre empiriske undersøkelser i Norden. Jeg tror mine funn kan brukes som nyttig kunnskap og / eller inneholde kjennetegn som kan være relevant for andre fysiotek i Oppland eller generelt samarbeid mellom offentlig og frivillig sektor.

For å styrke gyldigheten i empirien kunne jeg sendt resultater og diskusjonskapittel til respondentene og bedt om tilbakemeldinger. Ved å la respondentene komme med tilbakemeldinger sikrer jeg at respondentene er enig i det jeg har skrevet. Jeg har ikke valgt å kontakte respondentene og la de komme med tilbakemeldinger, blant annet av tidmessige årsaker og at alle respondentene gav meg lov til å bruke all informasjon de gav meg så de står inne for det som har blitt sagt og gjort.

### **3.5.2 Reliabilitet – pålitelighet**

Hvis en undersøkelse skal være *pålitelig og troverdig* må den må ikke inneholde åpenbare feil som gjør at resultatene eller funnene ikke er til å stole på. En troverdig undersøkelse skaper tillitt. En måte å finne ut på om en undersøkelse er troverdig på, er om man kan finne de samme svarene ved å gjennomføre undersøkelsen to ganger (Jacobsen, 2005:20). Seal i Ryen (2006:179) mener

reliabilitet kan måles på to måter. 1) I hvilken grad kan forskere kan få samme resultat på samme studie, 2) Kan funnene i en studie reproduseres i en annen studie?

Jeg har overfor sagt at jeg mener empirien min har stor validitet, men det hjelper ikke hvis empirien ikke reliabel. For at empiri skal ha stor grad av reliabilitet er det nødvendig at data er behandlet på en systematisk og nøyaktig måte. Jeg har tatt hensyn til reliabilitet ved å ha samme intervjuguide til de samme gruppene jeg har intervjuet, brukt båndopptaker for å være sikker på at jeg har fått med all informasjon respondentene har sagt, transkribert intervjuene i etterkant samt redegjort for framgangsmåten for innsamlingen av empirien. Bruk av båndopptaker gjør at jeg kan høre flere ganger hva respondenten svarte, noe som sikrer meg mot at jeg ikke misforstår hva respondenten sa og mente (Hellevik, 2002:308). Jeg har presentert empirien i form av direkte sitater, og ikke som oppsummering med mine (forskerens) ord, noe som anbefales av Ryen (2006:181). Jeg har presentert mange sitater fra de ulike respondentene, så jeg føler jeg har presentert funnene så godt som mulig og ikke utelatt viktige funn.

Ideelt sett bør denne studien bevise sin pålitelighet ved at det gjennomføres en ny undersøkelse på samme måte som jeg har gjort. Hvis de nye funnene er identiske med de opprinnelige funnene er det en bekreftelse på at oppgaven har høy reliabilitet, og funnene er til å stole på. Det er derimot flere forhold som gjør det vanskelig å etterprøve undersøkelsen min. Hovedgrunnen er at jeg har valgt å anonymisere hvilke kommuner og frivillige lag jeg har brukt i denne studien. De frivillige lagene er tuftet på frivillighet og er i stor grad avhenging av folk som stiller opp. Hvis det skulle vært gjort en ny studie basert på min undersøkelse, kan det hende at de ildsjelene jeg har intervjuet har sluttet i det frivillige laget og ikke har noe kontakt med laget lenger. Det kan føre til at det ikke er mulig å få de samme svarene en gang til. Videre er det tilnærmet umulig å gjennomføre identiske kvalitative intervju med flere personer, da folk er ulike og omgivelsene kan være forskjellig. Folk oppfatter spørsmål på forskjellige måter og jeg som intervjuer uttrykker meg kanskje på ulike måter i de forskjellige intervjuene.

Intervjusituasjon kan også påvirke utfallet av intervjuene. De personlige intervjuene i denne studien ble gjennomført på kontoret til den enkelte, et sted respondenten følte seg trygg på. Jeg mener respondentene opptrådte naturlig og gav meg ærlige svar. Telefonintervjuene mine har jeg ikke kontroll på hva slags rom den enkelte var i, men jeg har inntrykk av at respondentene gav meg de svarene jeg var ute etter. Kun ved et tilfelle følte jeg har respondenten hadde dårlig tid, men vedkommende var lojal mot den avtalte tiden. Kvalitative intervjuer har en fordel ved at jeg som forsker kan bruke oppfølgingsspørsmål eller be respondenten utdype noen svar jeg ønsket mer informasjon om. Motsatt kunne også respondenten be meg om å utdype spørsmålene mine

hvis det var noe som var uklart. Ved at både forsker og respondent forstår hverandre og snakker om de samme temaene gjør at reliabiliteten til undersøkelsen øker.

### **3.6 Oppsummering**

Jeg har i dette kapitlet gjort rede for metodiske valg og hvilke empiriske funn jeg har gjort i studien. Datainnsamlingen er basert på kvalitative intervjuer og dokumentstudier for å besvare de to problemstillingene jeg har i innledningen. Dokumentstudier er grunnlaget for problemstilling nummer en, mens både dokumenter og kvalitative intervjuer er grunnlaget for problemstilling nr to. Jeg har studert tre kommuner og fysiotek i Oppland fylke, samt totalt seks frivillige lag. Jeg har gjort kvalitative intervjuer med respondenter fra enhet for kultur og fysiotekarene i alle tre kommuner. Disse intervjuene ble gjennomført på kontoret til respondentene. Intervjuene med de frivillige lagene ble gjennomført i form av telefonintervjuer. I tillegg har jeg intervjuet folkehelsekoordinatoren i Oppland fylkeskommune og fagkoordinatoren for fysiotekmodellen på Øverby Helsesportssenter. Alle respondenter er anonymisert i studien.

Valg av kommuner er basert på en rekke kriterier som jeg har gjort rede for, noe som gjør at jeg har hatt et skjevt utvalg i denne studien. Utvalget er valgt for å se på kommuner som ut fra kriteriene bør være gode på lokalt folkehelsearbeid. Et skjevt utvalg kan skape problemer med å generalisere funnene, overføre erfaringer fra kommune til kommuner. Til tross for generaliseringsproblemen mener jeg at mange av funnene har likhetstrekk med andre empiriske studier, og at det gjør at funnene mine er gyldige og relevante. Datainnsamlingen er gjort på en grundig og nøyaktig måte gjennom bruk av båndopptaker og transkribert i ettertid, noe jeg mener gjør mine funn troverdige og pålitelige for andre.

## 4 FOLKEHELSEARBEID I NORGE

I dette kapittelet har jeg tatt for meg det substansielle feltet som denne oppgaven dreier seg om, folkehelsearbeid. Første del av kapitelet vil jeg redegjøre for statlige målsetninger, intensjoner og planer med folkehelsearbeid. Deretter vil jeg ta for meg Oppland fylke og gjøre rede for hvilke områder innenfor folkehelsearbeid Oppland satser på, med hovedvekt på fysiotekmodellen.

### 4.1 Folkehelsearbeid

For å kunne skrive om folkehelse må jeg ha klart for meg hva som ligger i begrepene helse og folkehelse. Verdens helseorganisasjon, WHO, definerer helse som; *”En tilstand av fullstendig fysisk, sosialt og mentalt velvære, og ikke bare fravær av sykdom eller lyte”* (St.meld. nr 16. (2002-2003):6). Slik jeg forstår definisjonen betyr helse mer enn bare det å være sunn og frisk. Definisjonen viser nødvendigheten av velvære utover det å være frisk rent fysisk, men legger opp til at flere forhold rundt mennesket må være til stede. Når definisjonen er så vid fører det til at mange må involveres for å skape en best mulig helse for den enkelte. Definisjonen kan kritiseres for å legge opp til et ideal som kan være vanskelig, om ikke umulig å oppnå. Begrepet mentalt velvære er vidt begrep. Noen vil aldri oppleve å være fri for sykdom og lyte. En kan med rette hevde og føle seg syk, men generelt være ved god helse. Det er en objektiv oppfatning om du er fysisk syk eller mangler en kroppsdel. Derimot er det en subjektiv mening du føler du har fullstendig mentalt velvære, noe som jeg tolker som å føle seg vel. Jeg vil si det er mulig å kunne leve et godt liv selv om helsen ikke er helt på topp.

Statlige mål for folkehelsearbeid baserer seg på følgende definisjon: *”Folkehelsearbeid er samfunnets samlede innsats for å styrke faktorer som virker positivt på folkehelsen og svekke faktorer som medfører helseisiko”* (Helsedirektoratet, 2009:8). Denne definisjonen baserer seg på en definisjon fra Ellingsen-utvalget (NOU:1998 s12);

*”Folkehelsearbeid er samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen. I dette ligger nødvendigheten av å styrke verdier som gir det enkelte individ og grupper muligheter for ansvar, delaktighet, solidaritet, mestring og kontroll over eget liv og situasjon”.*

Definisjonene av folkehelsearbeid henger sammen med definisjonen av helse ved at de tar for seg forhold som angår hele mennesket og miljøet rundt mennesket. God helse innebærer for den enkelte muligheten for å kunne leve et godt liv, men det er også et gode for samfunnet når befolkningen har god helse. Begrepet folkehelse er jo litt selvforklarende ved at det angår helsen

til folket og ikke bare hvert enkelt individ. Her er samfunnets rolle og oppgave å skape et godt helhetlig miljø med muligheter for å ha kontroll over eget liv. Alle aktører i samfunnet må bidra, for å sikre at grupper og enkeltindivider får mulighet til å bidra til at sin egen livssituasjon skal bli så god som mulig. St. meld. nr. 16 (2002-2003):5) rettet søkelyset på folkehelsearbeid i Norge og hvilke faktorer som påvirker folkehelsen. Helsetjenestens reparerende, rehabiliterende og pleiende (den lille folkehelsepolitikken) virksomhet er en viktig faktor som naturlig nok får mest oppmerksomhet når det er snakk om helse. I folkehelsesammenheng er ikke den ”lille folkehelsepolitikken” nok. For å bedre folkehelsen må fokuset rettes mot den ”store folkehelsepolitikken”, som menes være egne valg og hvordan både offentlig, frivillig og privat sektor sammen innretter samfunnet.

I en rapport fra Verdens Helseorganisasjon slås det fast at verken smitte eller forhold i det fysiske miljøet rundt oss er en særlig stor trussel mot menneskers helse i den vestlige verden. Derimot er forhold knyttet til livsstil og levemåte en langt større trussel (Sosial og Helsedirektoratet, 2004:1). Bruk av tobakk og alkohol, høyt blodtrykk og kolesterolnivå, overvekt, lavt inntak av frukt og grønnsaker og fysisk inaktivitet er de sju viktigste risikofaktorene for sykdom i vestlige land (St. prp. nr. 1 (2006-2007):247-248). Helsen til Norges befolkning er i all hovedsak god og viser en positiv utvikling. Til tross for dette blir det flere og flere som lever med kroniske helseplager, blant annet Diabetes type 2, kroniske luftveissykdommer og allergiske lidelser. Muskel og skjelettlidelser sammen med psykiske problemer og lidelser er den vanligste årsaken til lengre sykefravær og uførepensjonering (St. meld. nr. 16 (2002-2003):12-13). Samtidig har det vist seg at det har blitt større sosioøkonomiske forskjeller de siste 30 årene. Befolkningssammensetning og alderssammensetning i befolkningen representerer også utfordringer for folkehelsen. Det viser seg at det er store sosiale helseforskjeller mellom kjønn og aldersgrupper. Særlig utsatt er grupper med lav utdanning og lav inntekt (St. prp. nr. 1 (2006-2007):247-248:). Folkehelsemeldingen antyder eksempelvis at enslige har hatt en mindre gunstig helseutvikling enn personer som lever i et parforhold. Særlig enslige kvinner med innvandrerbakgrunn stiller dårlig i forhold til andre grupper i samfunnet (St.meld. nr. 16 (2002-2003):6).

Folkehelsearbeid handler om å svekke det som medfører helserisiko og styrke det som bidrar til bedre helse (St.meld. nr 16 (2002-2003):5). Folkehelsearbeid er ikke på noen som helst måte noe nytt som har kommet med nevnte folkehelsemelding. Kommunehelsetjenesteloven fra 1982 § 1-2 sier følgende:

*”Kommunen skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal*

*spredde opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen”.*

For å ta tak i de ulike utfordringene er hovedmålet med folkehelsemeldingen (St.meld. nr. 16 (2002-2003):6) å skape et sunnere Norge gjennom en politikk som skal bidra til;

- *flere leveår med god helse i befolkningen som helhet*
- *reducere helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn.*

Når jeg ser at kommunene allerede i 1982 fikk et lovpålagt ansvar for folkehelsen, kan en jo spørre seg hvorfor det er behov for en ny politikk, og hva som eventuelt er nytt nå. Jeg synes det er mange likheter i politikkkfeltet fra 1982 og fram til i dag. Politikken fokuserer på å skape gode forhold slik at den enkelte kan ta ansvar for sin egen helse. Fellesskapet skal også bidra sterkt til at folkehelsen i befolkningen blir bedre. Politikken er nok mye av det samme, jeg mener derimot virkemidlene er sterkere og tydeligere nå. Ut fra målsetningen til St. meld nr 16 (2002-2003) legges det opp til fem prioriterte innsatsområder for folkehelsearbeid; fysisk aktivitet, rus, kosthold og ernæring, tobakk og psykisk lidelse. Stortingsmeldingen ((2002-2003):8-9) skisserer fire strategier for å oppnå målene;

- 1) skape gode forutsetninger for å kunne ta ansvar for egen helse
- 2) bygge allianser for folkehelse
- 3) helsetjenestene skal forebygge mer for å reparere mindre
- 4) utvikle ny kunnskap

Hvorfor er det behov for nye virkemidler nå? Erfaringer fra tidlig 1980 – og 90 – tallet viser at kommunene i liten grad prioriterer forebyggende helsearbeid, og forklaringene på det kan være mange. St. meld nr. 37 ((1992-1993):37) skriver at mulige årsaker til manglende prioritering fra kommunene kan være nedprioritering av forbyggende arbeid framfor andre kommunale oppgaver. Satt på spissen anser kommunene det som uetisk å ta midler fra syke å bruke på friske. Kommunene er kanskje heller ikke klar over effekten av forebyggende tiltak. Det kan sies at ”*dess bedre arbeid man gjør [med forebyggende tiltak], dess mer usynlig blir det*” (St. meld nr. 41 (1987-88):128). Det er heller ingen direkte økonomisk gevinst eller effekt av å drive folkehelsearbeid, snarere tvert i mot (St. meld nr. 37 (1992-1993):37). Kommunene har stort sett bare utgifter, der fylke og stat tjener på lavere trygdeutgifter, redusert forbruk av helsetjenester og medisiner (NOU, 1998:18 s40). Manglende sanksjoner eller andre økonomiske konsekvenser for kommunene ved ikke å ta folkehelsearbeid på alvor kan også være en årsak til manglende satsing fra kommunene side.

For å ta tak i folkehelseutfordringene mener Ellingsen-utvalget (NOU, 1998:18 s24) at hensikten med en ny folkehelsemelding er å snu tendensen med manglende helseforebyggende satsing, samt administrative, juridiske og økonomiske virkemidler for å få kommunene til satse på folkehelsearbeid for sine innbyggere. Det er nødvendig å få kommunene til å føle seg ansvarlig for folkehelsearbeidet, samt de må skoles og motiveres for folkehelsearbeid. Det bør bli lønnsomt for kommunene å prioritere arbeid for helsefremmende og forbyggende arbeid. Samtidig må også kommunale sektorer føle seg medansvarlig og som en medaktør i arbeidet for en bedre folkehelse.

Jeg vil si den største forskjellen mellom kommunehelseloven fra 1982 og folkehelsearbeidet på 2000 – tallet er bruk av virkemidler. Dagens folkehelsepolitikk, først og fremst gjennom St. meld nr. 16 (2002-2003) tar tak i flere av utfordringene som har vært tidligere, blant annet livsstils - sykdommer. Meldingen fremhever viktigheten av alliansebygging og bedre forankring av folkehelsearbeid både politisk og administrativt på lokalt nivå, samt i relevante planverk. Stortingsmeldingen sier kanskje det viktigste perspektivet for den statlige folkehelsepolitikken vil være å legge rammebetingelsene til rette og bistå og støtte de lokale aktivitetene. For å gjøre folkehelsearbeidet mer systematisk, kontinuerlig og helhetlig er det en forutsetning med forankring både i fylkene og i kommunene. Sosial og Helsedirektoratet (Sosial og Helsedirektoratet, 2007a) har en langsiktig strategi om å stimulere til et lokalt forankret folkehelsearbeid som tar utgangspunkt i en lokal problemforståelse og lokalt utformede strategier for å bedre befolkningens helse. Hovedpoengene til folkehelsemeldingen vil jeg si er i samsvar med hva verdens helseorganisasjon (WHO, 2006:18) sier om fysisk aktivitet;

*“Local level initiatives have the greatest potential to encourage physical activity. Consequently, mobilizing and supporting local governments and local communities to develop this potential will be a key to success. Mobilization at local level must be politically, technically and economically supported by regional and national authorities”.*

Helsesektoren har en naturlig rolle i folkehelsearbeid, slik jeg snakket om med den ”lille folkehelsepolitikken”. Selv om sentrale påvirkningsfaktorer som fysisk inaktivitet og bruk av tobakk ikke direkte kontrolleres av helsetjenesten, er det helsetjenesten som må ta seg av konsekvensene. Derfor er sektorovergripende arbeid viktig. Helsetjenestens ansvar er blant annet å bidra til at samfunnet som helhet arbeider effektivt for å beskytte og fremme helsen (St. prp. nr 1. (2006-2007):250). En innstilling fra Ellingsen-utvalget sier at folkehelsearbeid først og fremst er en politikerjobb. Folkehelsearbeid skal ikke primært være en jobb for helsesektoren, men samspill mellom borgerne selv, politikerne, offentlig -, privat- og frivillig sektor (NOU 1998:18 s16). Amdam og Bergem (2008:12) skriver at folkehelsearbeidet tidligere har vært et

samfunnsutviklingsarbeid med mange aktører med hver sin delmakt, der ingen egentlig har hatt et overordnet ansvar. Tidligere vektla folkehelsepolitikken i stor grad gjennomsnittelige forhold blant befolkningen, mer enn å vektlegge mangfoldet i befolkningens helse (St. meld nr. 16. (2002-2003):47). Et utgangspunkt for folkehelsepolitikken er faktorer som påvirker helsen. En slik vinkling er ny i forhold til tidligere politikk hvor det har blitt tatt utgangspunkt i bestemte sykdommer (Sosial og Helsedirektoratet, 2004:2). Innledningsvis nevnte jeg uttrykket at 10 % av folkehelsearbeidet skal helsevesenet ta seg av, mens resterende 90 % må samfunnet for øvrig ta seg av i form av den ”store folkehelsepolitikken”. For å oppnå målene må folkehelsearbeidet være sektorovergripende og omfatte tiltak i mange samfunnssektorer med sikte på å skape gode oppvekst- og levekår. Det skal legges til rette for en sunn livsstil som fremmer fellesskap, trygghet og mening for den enkelte (St. prp nr. 1 (2006-2007):247). Alle tiltak og tilrettelegginger for folkehelsearbeid bør rette seg inn mot samfunnsforhold og faktorer i miljøet som påvirker levesett og helse (Sosial og Helsedirektoratet, 2004:2).

## **4.2 Folkehelsepartnerskap**

Jeg nevnte tidligere at jeg ville fokusere mest på St. meld. nr. 16 (2002-2003:24) sin strategi om å bygge allianser. Ved å bygge allianser menes å lage en infrastruktur for folkehelsearbeid, samt bygge en sterk lokal og demokratisk forankring av arbeidet. For å involvere både frivillig og privat sektor blir folkehelsepartnerskap fremhevet som et virkemiddel. Med partnerskap i folkehelsearbeid mener vi egentlig governance-partnerskap, som kan defineres som et samarbeid mellom offentlig og privat sektor, men helst også med folkevalgte og frivillig sektor (Bergem m. fl. 2010:16)

Dagens folkehelsepartnerskap har utgangspunkt fra Østfold, hvor de i 1996-1999 hadde et prøveprosjekt hvor aktører på ulike forvaltningsnivåer samarbeidet om å skape best mulig forhold og forutsetninger for folkehelse i enkelte utvalgte kommuner. Folkehelseprogrammet, Østfoldhelse, ble opprettet som et partnerskap for å ivareta likeverd mellom partene og den lokale friheten til kommunene. Med partnerskapsavtaler mellom kommune og fylkeskommune forpliktet partene å samarbeide om å oppnå folkehelsemålene i fylkesplanen. Daværende Helseminister Dagfinn Høybråten (KRF) var så imponert over modellen at han innførte den som modell for resten av Norge i folkehelsemeldingen (St. meld nr 16 (2002-2003)) (Folkehelseprogram Østfold 2002). Fra 2004 ble det med utgangspunkt i Østfoldmodellen etablert en tilskuddsordning for å stimulere til etablering av regionale og lokale partnerskap for folkehelse.



Statens rolle i folkehelsearbeidet skal ivaretas av Helsedirektoratet<sup>5</sup>. Helsedirektoratet skal bidra til å iverksette den nasjonale folkehelsepolitikken gjennom hovedsakelig å stille stimuleringsmidler til rådighet knyttet til tematiske, nasjonale satsinger som skal utløses gjennom det regionale partnerskapet. Regionale partnerskap vil bli tilgodesett når det gjelder faglig støtte og rådgivning fra sentralt hold. Tanken med å opprette regionale og lokale folkehelsepartnerskap er å forsterke det sektorovergripende samarbeidet og bidra til et mer systematisk og helhetlig lokalt folkehelsearbeid (St. prp nr. 1 (2006-2007):250). Gjennom å opprette partnerskap mellom ulike aktører ønsker regjeringen å stimulere til en nasjonal, offentlig folkehelsekjede. Denne kjeden skal være utgangspunkt for et systematisk samarbeid med blant annet frivillige organisasjoner. Hovedelementet i kjeden skal og må være på det lokale nivået, da det er der hovedtyngden av folkehelserettede tiltak skal skje (St. meld. nr. 16. (2002-2003):74). I partnerskap for folkehelse arbeider partnerne for det samme målet, men de har ulike roller og ulikt ansvar. I St.meld. nr 19. (2001-2002) blir fylkeskommunen ble pekt ut til å være en sentral aktør innen regional utvikling og regional planlegging. Denne oppgaven er fylkeskommunen tiltenkt i folkehelsearbeidet, men har fram til nå vært frivillig. Fra 1. januar 2010 har fylkeskommunene blitt pålagt oppgaver i folkehelsearbeidet. Fylkeskommunen skal være pådriver for, og samordne folkehelsearbeidet i fylke, blant annet gjennom alliansebygging og partnerskap og ved å understøtte kommunens folkehelsearbeid. Videre skal fylkeskommunen fremme folkehelse jf. folkehelseloven § 1 innen de oppgaver som fylkeskommunen er tillagt, herunder regional utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting. Det er interessant å se at fylkeskommunen har fått hovedoppgave for folkehelsearbeidet, når fylkeskommunen har mistet flere helseoppgaver til staten. Fylkeskommunene har ikke mange helseoppgaver igjen bortsett fra tannhelsetjeneste og folkehelsearbeid. En kan jo spørre seg hvorfor folkehelsearbeid skal være en fylkeskommunal oppgave. Jeg tror det kan ha en sammenheng med at folkehelse omfatter mer enn helsesektoren, men også involvering av regionale aktører av ulike slag. Fylkene skal utøve regional utvikling, og da kan det være hensiktsmessig at folkehelsearbeid er en ansvarsoppgave for regionale partnerskap for å sikre at folkehelsearbeid blir tatt på alvor.

Folkehelsepartnerskapene forutsetter en lokal koordinator og administrator som holder prosjektene i gang. Disse koordinatorene er ulikt plassert i forskjellige fylker og kommuner. I

---

<sup>5</sup> Sosial og Helsedirektoratet skiftet navn til Helsedirektoratet 1. April 2008.  
[http://www.helsedirektoratet.no/portal/page?\\_pageid=134,67665&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL&navigation1\\_parentItemId=996&\\_piref134\\_76551\\_134\\_67665\\_67665.artSectionId=5&\\_piref134\\_76551\\_134\\_67665\\_67665.articleId=171864](http://www.helsedirektoratet.no/portal/page?_pageid=134,67665&_dad=portal&_schema=PORTAL&navigation1_parentItemId=996&_piref134_76551_134_67665_67665.artSectionId=5&_piref134_76551_134_67665_67665.articleId=171864)

fylkeskommunen er folkehelserådgiveren plassert i enten i staben til fylkesdirektør / rådmann, i kulturavdeling eller i avdeling for regional utvikling. Stillingen (e) på fylkesnivå er som regel 100 %. I noen fylker har en folkehelsekoordinator, mens i enkelte fylker jobber flere sammen i folkehelsesteam. Å arbeide i et team blir fremhevet som en stor administrativ styrke (Bergem m. fl. 2009:32). I kommunene varierer stillingsprosenten på folkehelsekoordinatoren fra 20 % til 100 % avhengig av størrelse på kommunene. Hofstad og Vestby (2009:19) viser i sin undersøkelse at 30 % av kommunene har mellom 20 og 40 % stilling som folkehelsekoordinator, mens 14 % oppgir de har folkehelsekoordinator i 100 % stilling. Samme undersøkelse viser at 58 % av kommunene har inngått partnerskapsavtale med fylkeskommunen, mens 13 % av kommunene oppgir at de er i gang med en prosess med fylkeskommunen om partnerskapsavtale (Hofstad og Vestby 2009: 15-22). Det er en markant økning fra 2006, der 46 % av kommunene i landet hadde partnerskapsavtale med fylkeskommunen (Sosial og Helsedirektoratet, 2007b:19). Da partnerskapsordningen startet opp i 2004 var seks fylker involvert, og det har vært en gradvis økning i antall fylker som ble innlemmet i prosjektet (Sosial og Helsedirektoratet, 2006a:6). Først fra 2007 (St.prp. nr. 1 (2008-2009):68) var alle fylkene innlemmet i partnerskapsordningen, og at fylkene gradvis inngår avtaler med nye kommuner. Det er store fylkesvise forskjeller på hvor mange kommuner som har avtale med fylkeskommunene i Norge.

Statlig finansiering av folkehelsearbeidet har gjennom flere år økt. I 2004 var den totale summen avsatt til folkehelsearbeid ca 10 millioner kroner. For 2009 var det avsatt ca 57,5 millioner kr til lokalt folkehelsearbeid til fylkeskommunene. Av disse går ca 36 millioner kroner til fylkeskommunene for å styrke folkehelsearbeidet gjennom en organisering basert på partnerskap regionalt og lokalt (Helsedirektoratet, 2009b:5<sup>6</sup>). I utgangspunktet får fylkeskommunene 1,5 millioner kroner, men med enkelte fylkesvise forskjeller. Det forutsettes av fylkene bidrar med tilsvarende sum som de får fra direktoratet, og at kommunene bidrar med tilsvarende sum som de får fra de regionale partnerskapene. Midlene skal hovedsaklige brukes til å etablere og sikre infrastruktur i folkehelsearbeidet lokalt i kommunene. Med infrastruktur menes etablering og drift av koordineringsfunksjoner og administrasjon av partnerskap (Sosial og Helsedirektoratet, 2004:3). I utlysingsbrevet fra Sosial og Helsedirektoratet (2004:3) fremheves det at *”det mer innholdsmessige – folkehelsearbeidet - er forutsatt finansiert på annet vis”*. Etter hvert som arbeidet med folkehelse har utviklet og blitt tilført flere midler blir også andre folkehelseprosjekter finansiert fra Helsedirektoratet. For 2009 fordeles det også ut ca kroner 10 millioner til tilskudd til lavterskelaktiviteter innen fysisk aktivitet, ca kroner 9,5 millioner til

---

<sup>6</sup> Nyhetsbrev om lokalt folkehelsearbeid fra Helsedirektoratet, datert mai 2009. 1/2009.

lavterskeltilbud til fysisk aktivitet til frivillige organisasjoner, og kroner 700 000 til henholdsvis Bedre helse på 1-2-30 og deltakere i Helse i Plan prosjektet (Helsedirektoratet, 2009a:2 og Helsedirektoratet, 2009b:5). Det er forskjellig hvor mange av fylkene som deltar i de ulike prosjektene. Midlene blir uansett øremerket til hvert prosjekt, og ikke tildelt som en samlet sum. Fram til 2009 fikk også oppfølgingsprosjekter rundt ”Grønn resept” midler fra Helsedirektoratet, der blant annet Fysiotekmodellen i Oppland inngår. Erfaringer fra prosjektet Grønn resept har dannet grunnlag for lavterskelsatsingen knyttet til ernæring, røykeslutt og fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2009a:1).

Helsedirektoratet legger i utgangspunktet ingen konkrete føringer for hvordan fylkene bruker midlene de får, men har utarbeidet noen generelle føringer (Helsedirektoratet 2009a:2). Det lokale folkehelsearbeidet skal ta utgangspunkt i den lokale helsesituasjonen, og de lokale målsetningene. Det skal vektlegges å benytte seg av kunnskapsbaserte strategier, samt tiltak med dokumentert effekt. Langsiktig og helhetlig folkehelsearbeid er viktig, og for å oppnå dette er det nødvendig at lokalt og regionalt arbeid er forankret i politiske organer og planer. Midlene fra Helsedirektoratet skal først og fremst brukes for å stimulere det lokale arbeidet. I tillegg påpekes viktigheten av å opprette sektoroverbyggende og tverrfaglig tilnærming, og bygge allianser med et bredt spekter av aktører. Allianser med frivillige organisasjoner fremheves som veldig viktig. Samarbeidet skal baseres på gjensidig og forpliktende avtaler, og da først og fremst partnerskapsavtaler.

### **4.3 Folkehelsearbeid i Oppland fylke**

Oppland startet med satsing på Fysisk aktivitet i 2003, forkortet FYSAK heretter i oppgaven. Pr. 2009 har 23 av 26 kommuner valgt å bli FYSAK kommuner ([www.oppland.no](http://www.oppland.no)<sup>7</sup>). Oppland Fylkeskommune og Fylkesmannen i Oppland inngikk partnerskap i 2004 om felles arbeid med folkehelse. Fylkesutvalget i Oppland vedtok i 2005 å inngå partnerskap med Sosial og Helsedirektoratet. Folkehelseprogrammet, *Opplandsresepten*, til Oppland Fylkeskommune ble vedtatt i 2006. I programplanen for folkehelsearbeid i Oppland blir følgende visjoner og målsetninger presentert (Oppland Fylkeskommune 2006:3-4):

#### **Overordnet visjoner**

- Flere leveår med god helse for Opplands befolkning
- Redusere helseforskjellene i Opplandsbefolkningen

---

<sup>7</sup> <http://www.oppland.no/Fag-og-tjenester/Kultur-og-idrett/Tema-Kultur-og-idrett1/Folkehelse/FYSAK/Om-FYSAK/>

## Hovedmålsetninger

- Økt fokus og gjøre folkehelsearbeidet til et satsningsområde fra offentlig sektor.
- Skape fungerende partnerskap med offentlige og frivillige aktører på regionalt og lokalt nivå
- Forankre arbeidet i fylkes- og kommunale planer

Vi ser at visjonene og målsetningene til Oppland er tilnærmet identisk med statens, som jeg presenterte tidligere. Jeg vet at flere av kommunene også har tilnærmet samme ordlyd i sitt planverk. Det kan være et tegn på at fylket og kommunene ønsker å arbeide med folkehelse i tråd med statens visjoner og mål. Folkehelseprogrammet i Oppland fokuserer på ni områder. Jeg vil kort introdusere områdene og hva som blir satset på (Oppland fylkeskommune, 2006:7-10);

### 1. KOSTHOLD/ERNÆRING

Grønne kantiner i videregående skole er et spesielt satsingsområde i Oppland. En ressursgruppe bestående av fylkeskommunen, forbrukerrådet, fylkestannlegen, Sykehuset Innlandet HF og frivillig organisasjoner har hovedansvaret for satsingsområdet.

### 2. TOBAKKSFOREBYGGENDE ARBEID

Fylkeskommunen, fylkesmannen, Nasjonalforeningen for Folkehelsen, videregående skoler, forebyggende enhet i politiet og faggrupper for helsepersonell er representert i en ressursgruppe for tobakksforebyggende arbeid. Ressursgruppa skal iverksette tiltak, blant annet gjennom røykekuttssluttkurs.

### 3. ARBEIDSMILJØ / HELSEFREMMEDE ARBEIDSPLASSER

Inkluderende arbeidsliv arbeider for å kunne legge til rette for et godt arbeidsmiljø. NAV spiller en viktig rolle her, sammen med Øverby helsesportssenter. Fylkesmannen i Oppland og Buskerud jobber med et konsept for bedrifter de kaller ”et strategivalg for dagens næringsliv”.

### 4. RUSFOREBYGGENDE ARBEID

Sentralt i rusforebyggende arbeid er fokus på voksne som står i et spesielt ansvarsforhold til barn og unge, og som har påvirkningsmuligheter for denne gruppen. Kontoret for rusforebygging i Oppland er førende på arbeidet, og er underlagt Vest-Oppland politidistrikt.

### 5. HELSE I PLAN / SKADEFOREBYGGENDE ARBEID / MILJØRETTET HELSEVERN

I seks kommuner har Oppland iverksatt et prøveprosjekt på helse i Plan, hvor målet er å forankre folkehelsearbeid på en solid måte gjennom ulike planer på lokalt nivå. Sammen med Høgskolen i Gjøvik vil kommunene utvikle organisering for kompetanseheving på lokalt nivå.

### 6. HELSEFREMMEDE VIDEREGÅENDE SKOLER

Skolene skal selv bestemme hvilke områder de vil satse på. Tobakksforebyggende arbeid, FYSAK og ernæring er temaer som har vært satset på, og vil videreføres blant de fleste videregående skolene.

### 7. PSYKISK HELSE

I stor grad vil arbeidet med psykisk helse bli knyttet opp til andre tematiske satsinger på målgruppen, eksempelvis gjennom arbeid med helsefremmende videregående skoler.

### 8. FYSAK

23 kommuner, og regionen Valdres er med i nettverket FYSAK Oppland. FYSAK er fysisk aktivitet som en del av kommunehelsetjenestens arbeid. På lokalt nivå bestemmer kommunene selv hvilke målgrupper de vil arbeide for. Fysak i skolen - fysak på arbeidsplassen, og Fysisk aktivitet på resept og tilrettelegging av gode anlegg for lavterskelaktivitet er blant mest populære tiltakene.

#### 9. FYSIOTEK

Nærmere forklaring på Fysiotek kommer senere i kapitlet.

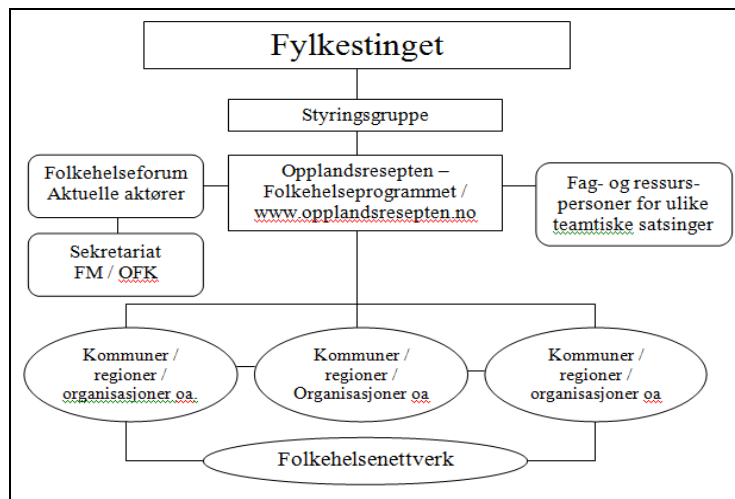
Vi ser at Oppland har et stort spekter av satsingsområder med mange forskjellige temaer, alt fra fysisk aktivitet, tobakk, kosthold til kommunalt planverk. Temaene involverer forskjellige aktører fra forskjellige fagfelt. Noen av temaene er knyttet opp til samarbeid med institusjoner, mens andre områder kan kommunene gjøre på egen hånd. Kommunene som tegner partnerskapsavtale med fylkeskommunen forplikter seg til å satse på minst to av satsingsområdene (Oppland Fylkeskommune, 2007). Det er altså valgfritt hvilke områder kommunene ønsker å arbeide med. Det er mange områder, så det er vanskelig og lite effektivt å satse på for mange områder på en gang. Det er bedre å plukke ut noen områder å gjøre de best mulig enn å være halvgod på mange områder. Tidligere i kapitlet skrev jeg blant annet at kvinnelige innvandrere er en utsatt gruppe for å ha dårlig folkehelse. For å redusere helseforskjeller i Opplandsbefolkningen savner jeg noen satsingsområder for nettopp innvandrere og for å redusere kjønnsforskjellene.

### **4.4 Organisering av folkehelsearbeidet i Oppland**

Organisasjonskartet viser hvordan Oppland fylke har organisert folkehelsearbeidet. Folkehelsearbeidet er forankret i fylkesplanen i Oppland og i programplanen folkehelsearbeidet ”Opplandsresepten”. Gjennom en partnerskapsavtale med Fylkesmannen i Oppland har Oppland Fylkeskommune en ledende pådriver – og samordnerfunksjon i folkehelsearbeidet regionalt og lokalt.

Styringsgruppa i Oppland består av assisterende fylkesmann, assisterende fylkesrådmann, folkehelserådgiver hos fylkesmannen og folkehelsekoordinator i fylkeskommunen (Oppland Fylkeskommune, 2006:6). De to sistnevnte personene utgjør et sekretariat både for folkehelseprogrammet og folkehelseforumet. Folkehelseforumet består naturlig nok av både fylkeskommunen og fylkesmannen, men i tillegg er NAV, Sykehuset Innlandet, Høgskolen i Lillehammer, Høgskolen i Gjøvik, Oppland Idrettskrets, Vest-Oppland politidistrikt, Valdres natur- og kulturpark, Nasjonalforeningen for folkehelse og Øverby helsesportssenter deltakere. Partene i folkehelseforumet skal være med på diskutere og gi råd om helsefremmende arbeid i Oppland ut fra sitt ståsted og sin kunnskap og kompetanse. Forumet skal være dynamisk og kan

endres ved behov, og de møtes normalt to til tre ganger i året. Forumet skal være et samlings- og diskusjonssted for utvikling av folkehelsearbeidet i Oppland. Helt til høyre i organisasjonskartet finner vi en boble som heter ”fag og ressurspersoner for ulike tematiske satsinger”.



Figur 3 Organisasjonskart Oppland Fylke. (Programplan Folkehelse Oppland 2006:6)

Ressursgruppa består av folkehelsekoordinator i OFK, kommunelege i Vestre Toten og Søndre Land og prosjektleder for fysiotekmodellen ved Øverby Helseportssenter (Øverby Helseportssenter m. fl. 2009:7). Frivillige organisasjoner blir fremhevet som en viktig samarbeidspartner i alle statlige dokumenter som omhandler folkehelsearbeid, men i Oppland er frivillige lag i liten grad involvert etter min mening. Folkehelsekoordinatoren i Oppland var klar på at fylkeskommunen i samråd med fylkesmannen bestemte hvilke parter de ønsket å inngå folkehelsepartnerskap med. De stiller store krav til partene, og partene må være ”klare” for et partnerskap med politiske og administrative forankringer. Røde kors ble nektet partnerskapsavtale, da Oppland fylkeskommune ikke var fornøyd med hva de kunne bidra med og hvilke planer de hadde (Folkehelsekoordinator OFK, aug 2008).

#### 4.5 Fysiotekmodellen

Fysisk aktivitet på Grønn resept ble introdusert som et verktøy i St. meld nr 16 (2002-2003):93). Her er det meningen at legen skal foreskrive en resept på fysisk aktivitet der legen ser fysisk aktivitet som en hensiktsmessig behandlingsform for pasienter. Mangelen på mellomleddet som sluset reseptmottagerne videre til et aktivitetstilbud gjorde at ordningen med grønn resept ikke fungerte så godt som ønskelig. Grønn resept ble i praksis vanskelig å gjennomføre for mange av reseptmottagerne fordi man ikke visste hvilke tilbud som fantes og hvem man skulle ta kontakt med, eller hvordan man skulle trene på egenhånd.

Oppland fylkeskommune har sammen med Nordland, Buskerud og Agderfylkene utarbeidet sine egne modeller for Grønn resept (Engedal m. fl. 2008). Fylkene har laget sine modeller med utgangspunkt fra Frisklivssentraler vi blant annet finner i Buskerud, men har også laget sin egen variant. Oppland har utarbeidet sin modell kalt Opplandsresepten eller fysiotekmodellen. Fysiotekmodellen, er i tillegg til å være bygget på samme prinsipper som de andre fylkene, også laget på bakgrunn av en svensk modell, men tilpasset de lokale forholdene i Oppland (Øverby Helseportssenter m. fl. 2009:4). Et av hovedpunktene i folkehelsearbeid er at arbeidet skal skje på så lokal nivå som mulig, så det kan være fornuftig at fylkene laget sine egne varianter. Ingen fylker er like, så det vil kunne by på problemer å ha samme modell for alle.

Utgangspunktet for fysiotekmodellen er at brukerne skal gjennomføre fysisk aktivitet i et lokalt lag eller forening som tilbyr fysisk aktivitet. Fagkoordinatoren for fysiotekmodellen ser både ulemper og fordeler med at frivillige lag skal ta hånd om aktiviteten, men mest fordeler. Ulempen er først og fremst at det blir et gap mellom fysioteket og lag og foreninger. For mange brukere kan det være et stort steg å ta kontakt med et frivillig lag for første gang. De andre fylkene med aktivitetsgrupper drevet av kommunale og sentralt drevet fysioteket har ikke et slikt gap. Fagkoordinatoren mener Oppland har best forutsetninger *”Ideelt sett ser jeg at Opplandsresepten og fysiotekmodellen er den som har potensial til å bli best for å si det sånn ut i fra vår tankegang. Men det er forskjellige måter å se dette på”*. I de andre fylkene skjer all aktivitet i kommunal regi i tre måneder for brukerne, men de støter da på andre problemer. De andre fylkene sliter med at brukene ikke har noe tilbud å gå til etter at opplegget i kommunal regi er slutt. Når brukeren starter aktiviteten i et frivillig lag antas det at det er større sjanse for at brukerne fortsetter å være i fysisk aktivitet i laget etter endt tre måneders periode. For mange brukere er det en stor ”dørstokkmil” å ta det skrittet å bli med på organisert trening. Hvis en bruker skal innom et kommunalt tilbud først, må vedkommende ta det skrittet to ganger, noe som kan være en avgjørende faktor til at mange dropper ut.

Kravet for å starte opp et fysiotek i en kommune, er at kommunen er en FYSAK - kommune. FYSAK - prosjektet startet før både prosjektene folkehelsepartnerskap og Fysiotekmodellen ble startet. Av de kommunene med fysiotek i dag er det ikke alle som har partnerskap med fylkeskommunen og fylkesmannen, men alle må altså være FYSAK - kommuner. I dag er det gjerne slik at når kommunen inngår partnerskapsavtale med Fylkeskommunen og fylkesmannen, så opprettes det gjerne også et fysiotek. Partnerskapsavtalen mellom kommunene og fylkeskommunen og fylkesmannen gir som regel kroner 100 000 i årlig støtte, mens oppstart av fysiotek gis en oppstartstøtte på kroner 80 000. Utover det må kommunene drifte fysioteket selv.

Mange kommuner bruker midler de får fra partnerskapet til å drifte fysiotekene (Fagkoordinator Øverby mars 2009). Den enkelte bruker må også betale en egenandel på kroner 250 til det enkelte lag eller forening i den aktuelle tremånedersperioden. Det er lokale variasjoner, da noen av lagene ikke har deltakeravgift, mens kommersielle treningssentre er forholdsvis dyre. Fagkoordinatoren tror ikke noen av de frivillige lagene har stor økonomisk gevinst av å delta i fysiotekmodellen: *”Det er ikke på grunn av det økonomiske de inngår sånne avtaler. Det er at de ønsker å hjelpe folk i gang, og synes de har en ålreit aktivitet som flere burde vært med på”*.

I 2005 startet 8 kommuner opp kommunale fysiotek, mens i 2009 er det 15 fysiotek i Oppland. Fylkeskommunen og fylkesmannen stiller store krav til at kommunene har klare planer og solid forankring både politisk og administrativt før de tegner partnerskapsavtale med en kommune. Det er begrensede midler fylkeskommunen og fylkesmannen har til rådighet så de ønsker ikke å bruke penger på en kommune som ikke er ”klar” (Folkehelsekoordinator OFK aug. 2008). Fagkoordinatoren for fysiotekene sa noe av det samme;

*”Vi kunne jo starta fysiotek i alle kommuner, og gitt folk [kommunen] 80 000 og sagt sett i gang. Det er liksom andre fylker som har prøvd det. Og det blir ikke det ”drivet” over det. Så det å modne og vente til folk har virkelig lyst, fått organisert seg. Derfor går det kanskje litt sakte”*.

*”For å få kommunene interessert i å opprette både partnerskapsavtale og fysiotek kreves det først og fremst at folkehelsekoordinatoren i fylkeskommunen og delvis fagkoordinator for fysiotek motiverer, informerer og viser til tall og erfaringer som er gjort”*.

I kommuner med nyoppstartede fysiotek kommer ressursgruppen for fysiotekene og holder informasjonsmøter. Deltakerne på møte er ofte leger, fysioterapeuter, rådmenn og andre sentrale personer i kommunen, ofte 8-12 personer. Videre oppfordrer fagkoordinatoren fysioteket i kommunen til å invitere alle frivillige lag og foreninger som driver lavterskelaktivitet til et informasjonsmøte. Ut fra responsen og interessen på møtet skrives det samarbeidsavtaler med aktuelle lag og foreninger (Fagkoordinator Øverby, mars 2009).

For at en bruker skal få en Opplandsresept, må fastlegen anbefale trening og fysisk aktivitet som et middel til bedre helse. Det kan være litt vanskelig å skille folkehelseprogrammet til Oppland fra selve resepten en bruker får fra legen, da begge heter Opplandsresept. I den ordinære grønne reseptordningen har legen kun mulighet til å skrive ut en grønn resept til pasienter med diabetes 2 og høyt blodtrykk. Fysiotekmodellen i Oppland åpner for flere diagnosegrupper, blant annet pasienter med overvekt, muskel- skjelettplager og psykiske helseplager. Dersom legen ser nytteverdien av økt fysisk aktivitet hos pasienten skriver legen ut en Opplandsresept.



Fysiotekmodellen skal i utgangspunktet fungerer etter følgende trappetrinnsmodellen. 1. Lav fysisk aktivitet, 2. Lege skriver ut en Opplandsresept, 3. Motivasjonssamtale med en fysioterapeut og 4. Fysisk aktivitet i frivillige lag og foreninger. Jeg skriver i utgangspunktet fordi brukere kan ha ulike behov og ønsker, som gjør at fysioterapeutene må gjøre noen grep som ikke er helt etter ”boka” og at lokale forhold kan variere.



Figur 4 Informasjonsfolder om Fysioteket

Fysioteket er kommunens ”mottakssentral” for brukere som får skrevet ut Opplandsresepten, og er bindeleddet mellom fastlegen og aktivitetene i kommunen. Fysioterapeuten har gjerne høyskoleutdanning innen fysisk aktivitet og helse (el. lign) og vil hjelpe reseptmottakerne (brukerne) til å komme i gang og sørge for struktur og kontinuitet i passende aktiviteter. Hos fysioterapeuten skal brukerne ha en motivasjonssamtale. Gjennom samtalen avdekker fysioterapeuten og brukeren hvilke behov og ønsker brukeren har for å komme i fysisk aktivitet som igjen kan gi økt motivasjon og bedre muligheter for å lykkes med livsstilsendringer. Når de har blitt enig om en aktivitet henviser fysioterapeuten brukeren til et aktivitetstilbud. Fysioterapeuten skal hjelpe brukeren med motivasjon, struktur og kontinuitet i aktiviteten. Motivasjonssamtalen på fysioteket har intensjon om å gi brukeren mulighet, kunnskap og ressurser for å kunne ta ansvar for egen helse. Bruk av fysisk aktivitet som virkemiddel er sentralt, men motivasjonssamtalen tilbys også ved annen livsstilsendringer som tobakksavvenning og kostholdsending (Oppland Fylkeskommune og Fylkesmannen i Oppland, 2004:4). Brukeren skal så gjennomføre ett aktivitetsrettet opplegg som går over 12 uker, med mulighet for forlengelse av nye 12 uker ved behov. Aktiviteten skal i utgangspunktet gjennomføres i regi av frivillige lag og foreninger. Gjennom 12 ukers perioden gjennomfører fysioterapeuten oppfølgingsamtaler med brukeren (Engedal m. fl. 2008:6).

I utgangspunktet er det lege som skal henvise brukere, men det arbeides for at arbeidsgiver, NAV, sosialtjenesten, spesialisthelsetjeneste og annet helsepersonell i kommune skal kunne henvise pasienter / ansatte til fysioteket gjennom pilotprosjektet Fysiotek Aktiv. Fysiotek Aktiv er et prøveprosjekt i tre kommuner 2009 som er videreført i 2010. Aktiviteten for brukerne foregår på

dagtid i regi av fysioteket gjennom at fysioterkar, kommunal fysioterapeut eller en treningskontakt. Jeg har ikke lagt noe vekt på dette prosjektet i oppgaven siden det fortsatt var et prøveprosjekt da jeg gjennomførte datainnsamlingen.

#### **4.6 Bruk av opplandsresepter**

I følge årsrapporten til fysioteket for 2008 (Øverby Helseportssenter m. fl. 2009:4-17) har det i perioden 2006 til 2008 økt fra 96 Opplandsresepter i 2006 til 217 i 2007 og 419 i 2008. Økning i antall resepter kan forklares med flere forhold. Hovedårsaken er nok at det har kommet flere fysiotek. I 2005 var det 8 fysiotek som ble startet opp, i utgangen av 2007 var det 10 fysiotek i drift, mens i utgangen av 2008 var det 13 fysiotek som var etablert. Ytterligere to fysiotek var / er på trappene i 2009 så totalt 15 kommuner har fysiotek i Oppland. En annen forklaring er at modellen har fått mer aksept hos legene, slik at stadig flere pasienter får en Opplandsresept. Ved utgangen av 2008 var kjønnsfordelingen blant brukere 34 % menn og 66 % kvinner i alle aldre. Muskel og skjelettlidelser og overvekt er de to største henvisningsårsakene med ca 30 % hver, mens hjerte og karsjukdommer og psykiske lidelser omfattet ca 15 % av brukerne (Øverby Helseportssenter m. fl. 2009: 4-17).

Når det gjelder hva slags aktivitet som brukere benytter seg mest av er det treningscenter som skiller seg ut av organisert aktivitet med ca 140 brukere. Styrketrening brukes av ca 60 brukere. 80 % oppgir at de trener 1-2 ganger i uken. Av egenorganisert aktivitet skiller fottur seg ut som den desidert mest brukte aktivitetsformen med ca 230 brukere. Ca 60 % av brukerne oppgir at de har egenorganisert aktivitet 1-2 ganger i uken, mens ca 25 % oppgir 3-4 dager i uken. (Øverby Helseportssenter m. fl. 2009:9-17).

Oppsummert kan jeg si at den gjennomsnittelige brukeren av fysioteket er kvinne over 50 år med muskel - og skjelettlidelser som trener 1-2 ganger i uken på treningsstudio eller går en tur.

---

## 5 DISKUSJON AV GENERELT FOLKEHELSEARBEID I LYS AV SAMSTYRING

I dette kapitlet vil jeg drøfte og diskutere folkehelsearbeid i Norge og Oppland i lys av de teoretiske begrepene samstyring og partnerskap. Målet med kapitlet er å besvare problemstilling nr. en. Første delen av kapitlet tar for seg folkehelsearbeidet i Norge på et generelt nivå. Her vektlegger jeg å drøfte de fire strategiene jeg presenterte tidligere i oppgaven (St. meld nr. 16 (2002-2003):74);

- 1) å skape gode forutsetninger for å kunne ta ansvar for egen helse
- 2) bygge allianser for folkehelse
- 3) helsetjenestene: forbygge mer for å reparere mindre
- 4) utvikle ny kunnskap

Mye av grunnlaget for å lykkes i strategi nr en, tre og fire blir lagt i arbeidet gjennom strategi nr to. Jeg tror det er vanskelig å lykkes med bare en strategi, til det henger strategiene alt for mye sammen. Jeg vil hovedsakelig vektlegge strategi nr to i denne analysen, og flette inn de tre andre strategiene der de passer inn. I kapittel to redegjorde jeg for de teoretiske begrepene samstyring og partnerskap, og viste til ulike forståelser av begrepene. Jeg trakk fram noen punkter jeg mener er likhetstrekk, og det er hovedsakelig disse likhetstrekkene jeg vil bruke i analysen. Med utgangspunkt i strategiene vil jeg vise til hvordan trekk ved samstyring kan brukes for å studere folkehelsearbeid. Jeg vil diskutere om staten gjennom sine dokumenter og målsetninger direkte eller indirekte legger føringer på hva fylkene og kommunene skal vektlegge i sitt folkehelsearbeid.

Andre delen av kapitlet vil jeg ta for meg folkehelsearbeidet i Oppland fylke, og særlig vektlegge folkehelsepartnerskap i fylket. Her vil jeg også ta for meg prinsippene som Helsedirektoratet legger til grunn for folkehelsepartnerskap. Jeg vil se på hvilke aktører som er involvert i folkehelsearbeidet i Oppland, og hva de bidrar med. Videre vil jeg diskutere fylkeskommunen og fylkesmannens rolle i folkehelsearbeidet, og om denne kanskje er for stor.

### 5.1 Folkehelsearbeid i lys av samstyring

St. meld nr. 16 ((2002-2003):74) sier det viktigste perspektivet for den statlige folkehelsepolitikken vil være å legge rammebetingelsene til rette og bistå og støtte de lokale aktivitetene. Strategi nr to har mål om å bygge opp et systematisk, forpliktende og helhetlig

folkehelsearbeid, nettopp for å legge forholdene til rette for lokale tiltak og aktiviteter. For å nå målet er fylkeskommunene pålagt av Helsedirektoratet fra 1.1.2010 å opprette sektoroverbyggende og tverrfaglige arbeidsgrupper hvor et bredt spekter av aktører skal være med i folkehelsearbeidet. Både Røiseland og Vabo (2008:92-93) og Rhodes (1997:53) trekker fram flere forhold ved samstyring jeg mener er gjeldende for å bygge allianser. Et utgangspunkt for samstyring er at offentlige myndigheter ikke klarer eller ønsker å løse alle samfunnsutfordringer alene, men er avhengig av hjelp fra andre aktører. Første byggetrinn er å lage en solid infrastruktur for å skape stabile og målrettede aktiviteter regionalt og lokalt. Å bygge en allianse handler om at flere uavhengige aktører har en gjensidig avhengighet av hverandre, da ingen av aktørene i utgangspunktet har mulighet, kunnskap eller kompetanse til å dominere og løse oppgavene alene (Røiseland og Vabo, 2008:92-93). Når Rhodes snakker om uavhengige aktører så menes det aktører fra både offentlig, frivillig og privat sektor. Offentlige dokumenter har et stort fokus på fysisk aktivitet som virkemiddel, og da er blant andre idrett og friluftsansjoner naturlige samarbeidspartnere.

Norge er ikke alene om å involvere frivillige aktører i folkehelsearbeidet. I Sverige er folkehelsearbeid blant annet preget av en samordning mellom nasjonale, regionale og lokale aktører. Videre skal både frivillig og privat sektor involveres i folkehelsearbeidet sammen med offentlig sektor (Leijon og Jacobsen, 2006:12). Med et slikt utgangspunkt vil jeg si det finnes mange likhetstrekk mellom Norge og Sverige på organisering og tankegang bak folkehelsearbeid.

Bergem m. fl. (2009:7) viser at det er stor variasjon mellom fylkene når det gjelder hvilke aktører de har knyttet til seg i folkehelsearbeidet. De vanligste samarbeidspartnerne er fylkesmannen, kommuner, idrettsorganisasjoner og forskjellige frivillige organisasjoner. I tillegg har mange fylkeskommuner samarbeid med helseforetak, høyere utdanningsinstitusjoner, KS, LO, NHO og NAV. Fylkeskommunenes grunnlag for å velge partnere ligger først og fremst i fylkets målsetning med folkehelsearbeidet, og kan variere fra fylke til fylke.

Strategi nr en fremhever viktigheten av at både den enkelte innbygger og offentlige myndigheter deltar aktivt og tar ansvar innenfor innsatsområdene fysisk aktivitet, kosthold, røyk, og rus. Det vektlegges at all tilrettelegging og alle tiltak skal påvirke vårt levesett og helse. Tiltakene må rettes inn mot samfunnsforhold og faktorer i miljøet rundt oss, samt tiltak for å endre den enkeltes holdning og atferd. St. meld nr. 16. ((2002-2003):29) sier all tilrettelegging og alle tiltak må ha perspektiv på ”24-timersmennesket”, samt på hele livsløpet. Et slikt perspektiv innebærer blant annet barnehage, skole, arbeidsplass og fritid. For å nå målsetningene er det viktig med allianse mellom den enkelte borger, organisasjoner innen samfunns - og arbeidsliv og offentlig sektor på

alle nivåer. I innledningen nevnte jeg begrepet ”90/10”, hvor samfunnet må stå for 90 % av tiltakene innenfor folkehelsearbeid. Jeg mener begrepet er sentralt innenfor denne strategien. Det legges opp til at det skal etableres en folkehelsekjede som går fra staten via fylker til kommuner (Sosial og Helsedirektoratet, 2005:3). For å nå dette målet må mange aktører i samfunnet mobiliseres, og aktørene må stå sammen. Det er i tillegg viktig med tverretattlig samarbeid innad kommunene eller fylkeskommunene. Når vi snakker om samstyring i form av partnerskap mellom stat, fylke og kommune er det et godt eksempel på vertikal flernivåstyring. Særlig utbredt er partnerskap mellom fylkeskommune og kommuner. Et annet eksempel på flernivåstyring finner vi ved at Oppland fylke har kopiert tilnærmet ordrett og implementert statens målsetning for folkehelsearbeidet i fylkets folkehelsemål. Når flere kommuner også bruker visjonen og målsetningen videre i sitt arbeid vitner det om en vertikal flernivåstyring. Bergem m. fl. (2009:36) viser til at i flere fylker framstår fylkeskommunen og fylkesmannen som en felles aktør i det regionale folkehelsearbeidet og regionalt folkehelsenettverket. Pierre og Peters (2000:72) snakker om å flytte makt gjennom flernivåstyring, mens Veggeland (2003:14) skriver at beslutninger fordeles gjennom territorielle nivåer ved en frikobling av maktstrukturer. I en folkehelsekontekst betyr det å flytte makten fra statlige myndigheter til fylkene og videre ned til lokale kommuner, og til slutt ut til aktører som utfører folkehelsearbeidet. Et hovedpoeng med folkehelsearbeidet er at aktiviteten og tiltakene skal skje på laveste mulig nivå, og ikke komme som en statlig føring. På lokalt nivå skal kommunene skal ta utgangspunkt i lokale forhold og utfordringer i sine tiltak. Det kan stilles spørsmål om hvem som egentlig bestemmer? Staten har gjennom sine mål med folkehelsearbeidet indirekte og kanskje ubevisst lagt føringer for hva fylkene og kommunene skal ha av mål for sitt folkehelsearbeidet. Jeg sier dette fordi blant annet Oppland fylke og flere kommuner har nærmeste ordrett kopiert målsetningene til staten. Har fylkene og kommunene kopiert målsetningene til overliggende ledd ved at de kanskje føler det ”tryggere”? De slipper dermed å finne opp ”kruttet på nytt”, og målsetningene deres er legitime så lenge de følger overliggende nivå. Motsatt kan jeg stille spørsmålet om målsetningene til staten hadde vært gjennomførbare hvis fylkene og kommunene hadde valgt helt andre målsetninger? Staten er avhengig av kommunene for å oppnå sine målsetninger, så det er hensiktsmessig at målsetningene følger hverandre.

Et annet punkt jeg vil diskutere er om fylkene virkelig er frikoblet fra statens makt og føringer for folkehelsearbeidet. Fra 1.1.2010 (Folkehelseloven) er det blitt en fylkeskommunal oppgave å arbeide for folkehelsearbeid, slik jeg tidligere har nevnt. Tidligere var fylkene oppfordret til å arbeide for folkehelse, men nå er de altså pålagt. Er fylkene da overlatt til seg selv, når staten legger føringer på at fylkene blant annet skal arbeide for folkehelsepartnerskap?

For å kunne skape gode forutsetninger må det ligge en plattform med infrastruktur og klare planer for en målrettet aktivitet i bunn. Det å bygge allianser blir trukket fram som en løsning, og viser at strategiene henger sammen. Tiltakene må påvirke omgivelsene på en slik måte at det blir lettere for den enkelte borger å ta valg som bedrer folkehelsen. En utfordring med folkehelsearbeidet er at all makt ligger hos den enkelte borger. Det hjelper ikke om offentlige myndigheter legger til rette for fysisk aktivitet hvis befolkningen ikke benytter seg av tilbudene og mulighetene. Det finnes ikke noe universalt hjelpemiddel for folkehelse, men bedring av folkehelsen krever en betydelig innsats fra den enkelte. Koopenjan og Kljin (2004:108) sier at involvering av både innbyggere og frivillig organisasjoner kan være med på å oppnå bedre resultater ved at den enkelte innbygger kan føle mer eierforhold til prosjekter og tiltak hvis de blir involvert. Jeg kan si at i folkehelsearbeid er det nærmest en forutsetning for å lykkes at enkeltpersoner er involvert.

Strategi nr tre inneholder mange virkemidler. Utgangspunktet for et virkemiddel er at legen skal foreskrive en resept, ” fra piller til grønn resept” på fysisk aktivitet til pasienter med behov for mer fysisk aktivitet. Et nettverk mellom helsetjenester, private aktører og frivillige organisasjoner skal fange opp disse pasientene og sørge for at de ikke blir overlatt til seg selv. Vi snakker her om nettverk av selvstendige og uavhengige aktører med ulike ressurser, som kan skape de beste forholdene for mennesker med behov for ekstra hjelp til å endre livsstilen sin.

Strategi nr fire legger opp til at folkehelsearbeidet skal baseres på kunnskap, og da helst forskningsbasert kunnskap. For å kunne gjennomføre et planlagt og målorientert folkehelsearbeid er det sentralt med en systematisk oppbygging av kunnskap. Derfor er samarbeid og alliansebygging med utdanning – og forskningsinstitusjoner viktig, og mange fylker har partnerskapsavtaler med utdanningsinstitusjoner. Ulike aktører har ulik kompetanse, og det er viktig å benytte seg av den enkelte aktørs kompetanse. Det er viktig at de riktige tingene blir gjort på en rett måte (St. meld. nr 16 (2002-2003):24).

## **5.2 Folkehelsearbeid i Oppland i lys av samstyring**

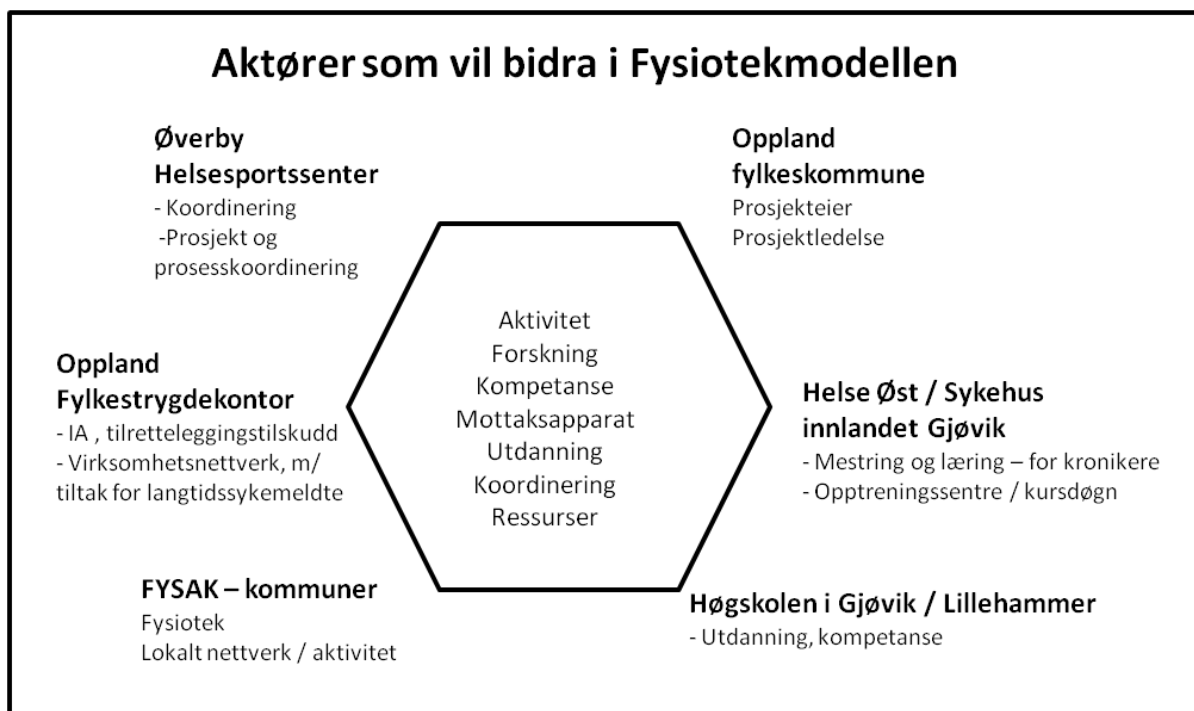
I kapittel fire redegjorde jeg for hvordan Oppland fylke har organisert folkehelsearbeidet, og jeg vil trekke fram noen elementer jeg mener har klare trekk av samstyring. Det har blitt opprettet en styringsgruppe bestående av administrativ toppledelse i fylkeskommunen og fylkesmannen og representanter fra fagavdelinger. I tillegg er det blitt opprettet et folkehelseforum med regionale aktører fra både offentlig, privat og frivillig sektor. Alliansene gjennom nettverkene viser at det er samarbeid mellom både regionale og lokale aktører. Oppland er et langstrakt fylke, så det er naturlig at fylket blir delt inn i flere geografisk avgrensede regioner. Summen av de regionale

nettverkene utgjør folkehelsenettverket i Oppland. Både innad i de regionale nettverkene og i folkehelsenettverket samarbeider aktørene om å skape muligheter for å lykkes med målsetningen i både lokalt, regionalt og nasjonalt folkehelsearbeid.

I kapittel to skrev jeg om offentlige politiske nettverk. Slike nettverk mener jeg godt illustreres gjennom måten Oppland har organisert folkehelsearbeidet sitt på. Her er det samarbeid mellom uavhengige aktører og med ulike innfallsvinkler til samarbeidet. Kickert m. fl. (1997:14) snakker om politiske nettverk som sosiale relasjoner mellom uavhengige aktører rundt et politisk problem. Nettverkene trenger ikke nødvendigvis ha skriftlige avtaler, men de må være enige om ”veien videre”. Rhodes (1997:53) snakker om ”spillets regler”, hvor aktørene i ett nettverk blir enige om hvordan samhandlingen skal foregå. For at nettverket skal fungere optimalt må aktørene ha tillitt til hverandre, og samtidig ha autonomi så de kan fatte avgjørelser som angår oppgavene til nettverket. Jeg har ikke noe data på hvordan forhandlingene har blitt gjennomført med de forskjellige aktørene, så det er vanskelig å si noe om hvordan aktørene har blitt enige om det felles målet.

Når både høyere utdanningsinstitusjoner og Sykehus Innlandet er representert i folkehelsenettverket i Oppland kan de være med å understreke strategi nr. fire hvor kunnskap er sentralt. Det er fra aktørene sin side et ønske om å oppnå felles mål og ha målrettede aktiviteter basert på kunnskap. Sykehus Innlandet bidrar med medisinsk kunnskap, mens idrettskretsen bidrar med kompetanse og personell til å veilede innen fysisk aktivitet. Høgskolene i Lillehammer og Gjøvik kan bidra med forskningsbasert kunnskap som de mer utøvende aktørene i folkehelsearbeidet kan benytte seg av. Et samarbeid med NAV vil kunne være et viktig bidrag til å skape en helhetlig helseforvaltning, da NAV er et overordna organ for sentrale velferdstjenester (Bergem m. fl. 2009:8). Øverby Helsesportssenter er en viktig partner for fylkeskommunen og fylkesmannen, da Øverby har hovedansvar for Opplandsresepten med blant annet fysioteke modellen og treningskontaktene (Oppland fylkeskommune og fylkesmannen i Oppland, 2004:4).

Prosjektplan for Fysioteke modellen fra 2004 skisserer hvilke aktører som bør inngå i fysioteke modellen, se figur 5. Figuren viser et stort spekter av aktører som er ment å bidra i fysioteke modellen.



Figur 5 Aktører i fysiotekmodellen

Gjennom min studie og datainnsamling har jeg ikke lest eller hørt noe om at verken Helse Øst eller Høgskolene er involvert i fysiotekmodellen. Det kan tyde på at nevnte aktører ikke er med i den operative delen av fysiotekmodellen, men kun er deltakere i folkehelseforumet i Oppland.

### 5.3 Folkehelsepartnerskap på regionalt nivå

Jeg skal nå gå litt i dybden av strategi nr to og se denne i lys av folkehelsepartnerskap. Partnerskap i folkehelsearbeid har et mål om *et systematisk, forpliktende og helhetlig folkehelsearbeid*. Utgangspunkt for partnerskap i folkehelsearbeid er likeverdighet, klare avtaler og tydelige, gjensidige forventninger og forpliktelser. Partnerskap for folkehelse dreier seg om tverrfaglig, sektorovergrepene og forpliktende samarbeid på regionalt og kommunalt nivå. Offentlig og frivillig sektor er partnere som skal dra i samme retning, men samtidig være uavhengige parter. I partnerskap for folkehelse arbeider partnerne for det samme målet, men de har ulike roller og ulikt ansvar. Ingen av aktørene skal bestemme hva den andre aktøren skal gjøre i henhold til hva jeg diskuterte om frikobling av maktstrukturer tidligere.

Kommunal - og Regionaldepartementet ønsker ingen detaljert nasjonal partnerskapspolitikk, siden lokale og regionale hensyn skal ligge til grunn for oppgavene partnerskapet skal løse, men de har prinsipper for norske partnerskap med statlig involvering (St. meld. nr. 19 (2001-2002):36). Prinsippene er basert på erfaringer fra både nasjonale og internasjonale partnerskap i ulike



fagområder. Sosial - og Helsedirektoratet har lagt prinsippene fra Kommunal - og Regionaldepartementet til grunn for arbeidet med partnerskap i folkehelse (Sosial og helsedirektoratet, 2004:2) og utarbeidet følgende prinsipper for folkehelsepartnerskap:

- a. Det bygger på felles mål og strategier,
- b. Alle parter har nytte av å delta,
- c. Deltakerne er forpliktet til å bidra med avtalte innsatsfaktorer,
- d. Samarbeidet er av en viss varighet,
- e. Partnerskapet er beslutningsdyktige innenfor gitte områder,
- f. Det er avtalt en oppfølgingsmåte av vedtatte tiltak
- g. Deltakerne deltar på like vilkår.

Partnerskapsprinsippene fra Helsedirektoratet har mange likhetstrekk med samstyring og generelle partnerskapsprinsipper jeg har redegjort for tidligere. Jeg mener det er samsvar når det gjelder felles målsetning, deltakelse på like vilkår, varighet av partnerskapet og at partnerskapene skal ha myndighet innenfor sinne ansvarsområde. Derimot har Helse - og Sosialdirektoratet trukket inn ett ekstra punkt i form av at partnerskapene skal ha avtalt oppfølgingsmåte av vedtak. Jeg synes dette punktet er et fornuftig punkt for å sikre at partene faktisk gjør det de blir enig om, så ingen blir ”gratispassasjer” i partnerskapet. Sosial - og Helsedirektoratet sier videre at offentlig, privat og frivillig sektor er aktører som må dra i samme retning. Arbo (2002:5) trekker fram at både frivillig og privat sektor bør inkluderes i partnerskap, og i så måte har partnerskapsprinsippene likhetstrekk.

Folkehelsearbeidet er i stor grad basert på lokale utfordringer og problemstillinger. Jeg synes derfor det er vanskelig å kunne si noe generelt om folkehelsepartnerskap i Norge. Derimot velger jeg å ta for meg folkehelsepartnerskap i Oppland fylke og vise eksempler derfra. Med utgangspunkt i partnerskapsavtaler mellom aktører på regionalt nivå i Oppland og evalueringsrapportene til NIBR (Vestby og Hofstad, 2009) og Møreforsk (Bergem m. fl. 2010 og Bergem m. fl. 2009) vil jeg analysere i hvilken grad partnerskapsavtalene oppfyller kravene fra direktoratet.

Målet med denne studien er ikke å måle effekten eller nytten av folkehelsearbeidet. Derfor skal jeg ikke si noe om punkt B da jeg verken gjennom egen datainnsamling eller andre studier har noe data som gir meg svar på effekten og nytten av å delta i et partnerskap. Jeg tror også det er for tidlig å trekke noen konklusjoner, da partnerskap for folkehelse enda er litt fersk mange steder. Når det gjelder punkt F så har jeg heller ikke her noe data som gir meg grunnlag for å uttale meg. For å finne svar på dette punktet måtte jeg ha studert aktørene og avtalene over en lengre periode,

ikke bare studert avtalen de har inngått. Tiltakene må være gjennomført før en kan lage en oppfølgingsplan. Samtidig er det vanskelig å måle effekten av konkrete tiltak innen folkehelsearbeid på kort sikt (Bergem m. fl. 2009:47).

Ved å studere partnerskapsavtaler mellom Oppland fylkeskommune / Fylkesmannen i Oppland (OFK / FMO) og ulike aktører; Øverby Helsesportssenter, en kommune, regionen Valdres, Nasjonalforeningen for Folkehelse og NAV Oppland mener jeg at jeg har grunnlag for å kunne si noe om punkt A, C, D. I forhold til punkt A har Oppland fylkeskommune valgt å skrive separate avtaler med hver enkelt aktør (Oppland Fylkeskommune, 2007) hvor mål og strategier kommer fram i avtalene. Jeg velger å trekke fram Telemark fylke for å vise at det er mulig å velge en annen løsning. Telemark har i sitt regionale partnerskap valgt å skrive en felles avtale med alle regionale aktørene (Telemark, 2006).

Alle avtalene OFK / FMO har inngått med partnerne sine er laget med utgangspunkt i fylkesplanen for Oppland 2005-2008, og folkehelseprogrammet i Oppland, Opplandsresepten. I avtalen har partene avtalt et formål, og for alle avtalene går prinsippet om at *”Partene skal i fellesskap bidra til et langsiktig engasjement”*, igjen. I de enkelte avtalene står mer spesifikt hva formålet er. I avtalen mellom OFK /FMO og en kommune (Oppland Fylkeskommune, 2007) står følgende; *”gjennom å opprettholde engasjement og tiltak over tid, vil man at innbyggerne skal oppnå en god helse og at sosiale helseforskjeller utjevnes”*. En slik formulering er nesten identisk med målene til regjeringen i St. meld nr. 16. (2002-2003) og målsetningen til Oppland fylke på folkehelsearbeid. Når regionale og lokale partnerskap tar til seg målet til et høyere nivå i forvaltningen kan det være et godt eksempel på flernivåstyring, som jeg har nevnt tidligere.

Folkehelsearbeid er en langvarig prosess hvor det er viktig for partene i et folkehelsepartnerskap å kunne planlegge langsiktig. Derfor er det vesentlig at avtalene som skrives har en avtaleperiode over en viss varighet, ref punkt d. De nevnte avtaler i Oppland har som regel varighet på minst to år med intensjon om å videreføre avtalen. Avtalene forutsetter at det gjennomføres en årlig evaluering av arbeidet og selve avtalen. Alle avtalene har et punkt hvor det gis mulighet til å trekke seg fra eller si opp avtalen med seks måneders oppsigelsestid.

Avtalene med OFK / FMO inneholder punkter hvor det fremgår hva den enkelte part forplikter seg til å gjøre, og fyller dermed opp kravene i punkt C og E. Fylkeskommunens forpliktelser i avtalene er i hovedsak å sikre ressurser til administrasjon av de lokale folkehelsearbeidet, legge føringer for folkehelsearbeidet i Oppland i tråd med nasjonale føringer, følge opp aktiviteten

lokalt og bidra til markedsføring av regionale prosjekter (Oppland Fylkeskommune (2007)). På nasjonal basis er hovedoppgavene til fylkeskommunene i følge Hofstad og Vestby (2009:29-30) å bygge opp det lokale folkehelsearbeidet og kompetanse på feltet i kommunene de har partnerskapsavtale med. Fylkesvise samlinger, nettverksbygging, veiledning og rådgivning er andre virkemidler som fylkeskommunene bruker for å hjelpe kommunene. Jeg ønsker å trekke frem hvilke oppgaver Øverby Helseportssenter har forpliktet seg til i avtalen med fylkeskommunen. De har operativt ansvar for den faglige utviklingen, opplæring og veiledning av lokale fysioterapeuter, samt utvikling av FYSAK -sentral med lavterskeltilbud for sykmeldte i Gjøvik- regionen og Treningskontaktprosjekt (Øverby Helseportssenter m. fl. 2009:3 og Oppland Fylkeskommune, 2007). Oppland Idrettskrets er sterkt involvert i treningskontaktprosjektet siden kretsen stiller med instruktør på kursene. Videre kan jeg nevne at Regionrådet i Valdres har forpliktet seg til å ansette en koordinator for utvikling av folkehelsearbeidet i Valdres og arbeide for å finne alternative finansieringsmuligheter til fysioteket. Sykehus Innlandet skal blant annet være en utviklingsaktør i kurstilbud til pasienter med fokus på fysisk aktivitet, kosthold og lavterskeltilbud for utsatte grupper.

Enkelte avtaler har med et punkt som sier at Opplandsresepten vil være i kontinuerlig utvikling og avtalen må sees i samsvar med dette. Jeg mener en slik formulering kan være i samsvar med hva Amdam og Bergem (2008:19-20) sier at partnerskap ikke kan sees på som stabile organisasjonstyper, men som en prosess i kontinuerlig utvikling. Et annet punkt som går igjen i avtalene er resultatmål og forventede resultater av partnerskapet noe som kan kobles mot punkt A. Det kan også kobles mot hva jeg skrev tidligere om samstyring krever felles mål og en målrettet aktivitet.

Helsedirektoratet vektlegger i prinsippene for partnerskap punkt G at deltakerne skal delta på like vilkår. Hva som menes med like vilkår kan selvsagt diskuteres, men i denne sammenhengen velger jeg å la det bety at ingen av aktørene skal ha mer makt eller styring enn andre aktører. Kickert m. fl. (1997:39) skriver at i et partnerskap skal det ikke være noen naturlige ledere, men at aktørene i nettverket skal opptre som likeverdige parter. Undersøkelsen til Bergem m. fl. (2009:13) stiller spørsmål ved hvor likeverdige parter fylkeskommunen og kommunene i regionale og lokale partnerskap egentlig er. Spørsmålet stilles i og med at fylket i stor grad har myndighet til å fordele økonomiske midler. Fylkeskommunen, og til dels fylkesmannen, har fått i oppgave å lede og utvikle de regionale partnerskapene, mens kommunene har tilsvarende oppgave på lokalt nivå. Et slikt utgangspunkt strider mot prinsippet om at partnerskapene ikke skal ha noen leder, men være likeverdig aktør på lik linje som resten. Arbo (2002:7) mener derimot det er

behov for en definert ledelse i et partnerskap som skal drive prosessene framover, framskaffe beslutningsgrunnlag og sikre gjennomføring og oppfølging. Fylkeskommunen eller kommunene vil med sin dominerende posisjon og formelle autoritet avgjøre hvilke aktører de ønsker å inngå partnerskap med. De har ofte betydelig kapasitet og en fordelaktig ressursituasjon, noe som gjør at de gjerne får en dominerende rolle (Røiseland og Vabo, 2008:93). I både regionalt og lokalt folkehelsearbeid er mye av ansvaret for framdriften lagt til folkehelsekoordinatoren. Folkehelsekoordinatoren skal fungere som et lim i lokalt folkehelsearbeidet siden arbeidsoppgavene vil være å utløse lokalt engasjement, gi drahjelp til lokale aktiviteter og tverrsektorielt arbeid og koordinere ulike aktørers innsats (St. meld nr. 16 (2002-2003):76). Jeg har vanskelig for å se at en slik koordinator ikke fungerer som en leder i partnerskapene. Partnerskapsavtalen mellom fylke og kommune sier ofte hvor stor stilling koordinatoren(e) skal ha. I avtalen mellom OFK og en kommune står det; *”Kommunen forplikter seg til å gi en person i administrasjonen et koordineringsansvar for arbeidet. Det bør avsettes ressurser på om lag 50 % stilling.”* (Oppland Fylkeskommune, 2007).

I kapittel fire så vi at nesten 60 % av kommunene i Norge har inngått partnerskapsavtale med sitt respektive fylke. Akershus fylkeskommuner hadde allerede i 2006 inngått partnerskapsavtale med samtlige kommuner (Sosial og Helsedirektoratet, 2007b:19), mens Oppland i 2009 ”bare” har inngått partnerskapsavtale med 13 av 26 kommuner (Oppland Fylkeskommune, 2009:4). Undersøkelsen til Hofstad og Vestby (2009:22) viser at 65 % av kommunene har inngått partnerskapsavtale med fylkeskommunen. Det viser en liten økning mellom de to undersøkelsene. 13 % av kommunene oppgir at de er i gang med en prosess med fylkeskommunen om partnerskapsavtale (Hofstad og Vestby, 2009: 22). En kan stille seg spørsmål om hvorfor fylkene ikke inngår partnerskapsavtaler med alle kommunene. Skal fylkeskommunene bestemme hvilke kommuner og aktører som skal få delta i partnerskap for folkehelse? Kan vi snakke om likeverdige parter når fylkeskommunen kan bestemme hvilke aktører de ønsker å inngå partnerskapsavtale med. Offentlige myndigheter gjennom kommune og fylkeskommune / fylkesmann bestemmer til syvende og sist i partnerskapene siden de sitter på makt til å fordele partnerskapsmidler. Bergem m. fl (2009:34) skriver at de økonomiske rammene fylkene har til rådighet er en faktor som avgjør hvilke og hvor mange partnere som kan bli med i et regionalt folkehelsepartnerskap. Det sies også at en grunn til at ikke alle kommuner blir invitert med i partnerskap med fylket er fordi det blir for lite penger til hver kommune. Hvis det blir for mange kommuner med kan det gi utslag for hvor mange andre aktører som kan bli med, og det er en avveining fylkeskommunene må gjøre.

Ved siden av økonomiske årsaker sier folkehelsekoordinatoren i Oppland noe av grunnen til ikke alle kommunene har partnerskapsavtale er at noen kommuner er ikke ”klare” enda (Folkehelsekoordinator Oppland FK aug. 2008). Kommunene har ikke gode nok planer og infrastruktur for folkehelsearbeid til at fylkeskommunen ønsker å inngå partnerskapsavtaler med dem. De kommunene som har jobbet bra med folkehelse og som har klare og gode planer, har fått tilbud om partnerskap med fylkeskommunen. Oppland fylkeskommune er strenge på hvilke kommuner som får tilbud. En annen grunn til begrensning av antall kommuner er tid og ressurser, både personellmessig og økonomisk. Det tar tid å inngå partnerskapsavtaler, og ikke minst følge opp alle kommunene, slik fylkeskommunen er forpliktet gjennom avtalen. Folkehelsekoordinatoren mener det bør være mulig å hente ut mer ressurser fra regionale samarbeidspartnere, men at tiden ikke strekker til. Røiseland og Vabo (2008:92-93) snakker om at partene skal inngå forhandlinger med hverandre for å bli enige om hva de skal samarbeide om. Folkehelsekoordinatoren i Oppland sa også at Oppland Røde Kors ønsket å inngå partnerskap med fylkeskommunen. Fylkeskommunen ønsket ikke et slikt samarbeid, da de mente Røde Kors ikke hadde gode nok planer (Folkehelsekoordinator Oppland fylkeskommune aug 2008). Det må da være en del av spillets gang og regler, som Rhodes (1997:3) snakker om, at partene ikke kan inngå en avtale når den ene parten ikke er fornøyd med hva den andre kan tilby.

#### **5.4 Oppsummering**

Gjennom dette kapitlet mener jeg at jeg har diskutert meg fram til at folkehelsearbeid er et veldig godt eksempel på samstyring. Jeg har diskutert folkehelsearbeid i Norge, og spesielt i Oppland fylke basert på dokumentstudier. Hovedvekten har ligget på å diskutere statens fire strategier for å lykkes med folkehelsearbeid, med hovedvekt på nr to, ”å bygge *allianser for folkehelsearbeidet*”. Folkehelsearbeidet slik det er lagt opp til i St.mld nr 16 (2002-2003) er avhengig av at flere aktører samarbeider om å løse samfunnsutfordringene vi står overfor i dag. Politiske føringer i dag innen folkehelsearbeidet vektlegger samstyring og partnerskap, da politikken i stor grad signaliser at velferdsstaten ikke kan løse alle folkehelseproblemer i det moderne velferdssamfunnet (Amdam og Bergem 2008:13). I Oppland er folkehelsearbeidet organisert gjennom både faglige folkehelsenettverk og folkehelsepartnerskap. Folkehelsenettverkene har deltakere på tvers av fagfelt og fra ulike forvaltningsnivåer gjerne i form av flernivåstyring, noe jeg mener er helt i tråd med samstyringsprinsipper. Folkehelsearbeidet i Norge har mange involverte aktører, men det har ingen hensikt hvis ikke enkeltpersoner benytter seg av tilbud og aktivitet, da det tross alt er den enkelte innbygger som må ta ansvar for sin egen helse. Alle tiltak som iverksettes må ha enkeltpersoner i fokus, noe som er sentralt i strategi nr én.

Jeg har studert ulike fylkeskommunale dokumenter og enkelte partnerskapsavtaler OFK/FMO har inngått med sine partnere. På bakgrunn av disse dokumentene har jeg lagt Helsedirektoratet sine prinsipper for folkehelsepartnerskap til grunn i en analyse av folkehelsearbeidet i Oppland. Prinsippene fra Helsedirektoratet er på sju punkter, men jeg har bare hatt empiri til å diskutere fem av punktene. Partnerskapsavtalene i Oppland har ulikt innhold, avhengig av hvilke aktører det er snakk om, men de stiller store krav til hverandre gjennom avtalen. Funn i studien viser blant annet at i partnerskapsavtaler mellom fylkeskommunen og kommuner er partene enige om å bidra i fellesskap til et langsiktig engasjement. Videre er alle avtalene tegnet med flere års varighet, noe som er viktig, da folkehelsearbeid krever langsiktig arbeid. I følge Bergem m. fl. (2010) er mange aktører involvert i folkehelsearbeid fra ulike forvaltningsnivåer og både offentlig, privat og frivillig sektor. På regionalt nivå i Oppland er det forholdsvis få representanter fra frivillige lag, selv om frivillige lag er viktige samarbeidspartnere i følge statlige dokumenter.

Jeg har diskutert om staten gjennom flernivåstyringen legger for store føringer på både fylke og kommune, og om aktørene i så måte faktisk er uavhengige og likeverdige når en aktør tydeligvis har større makt enn andre. I Oppland står fylkeskommunen og fylkesmannen i en egen posisjon da de bestemmer hvilke kommuner og aktører som får partnerskapsavtale. I enkelte andre fylker har alle kommuner skrevet partnerskapsavtale med fylkeskommunen, mens i Oppland har ca. halvparten av kommunene en partnerskapsavtale med fylkesmannen. Jeg har diskutert om fylkeskommunene og fylkesmannen i Oppland i praksis er en likeverdig partner, da de bestemmer både hvilke aktører de vil knytte til seg og hvordan de skal fordele midlene de har til disposisjon. De stiller store krav til aktørene, og inngår ingen avtale før de er sikre på om aktøren er klar, og har blant annet nektet Oppland Røde Kors partnerskapsavtale. Til tross for at Oppland fylkeskommunen stiller store krav til sine partnere mener jeg at alt i alt er samarbeid mellom offentlig, privat og frivillig sektor i Norge, og Oppland spesielt er et godt eksempel på samstyring.

## **6 KOMMUNE, FYSIOTEK OG FRIVILLIGE LAG**

I dette kapitlet vil jeg presentere resultater fra datainnsamlingen i de tre kommunene jeg har studert i Oppland. Før jeg presenterer resultatene fra kommunene sier jeg litt om kommunen med innbyggertall, antall frivillige lag i kommunen, stillingsbrøk for fysioterker, antall lag fysioteket har samarbeid med og antall brukere av fysioteket i kommunen.

Jeg vil i kapitlet få fram hva de tre forskjellige kommunene, og da først og fremst fysiotekarene, vektlegger i samarbeid med frivillige lag, hvilken strategi de har valgt og hvilke begrunnelser de har for sine valg. Samtidig vil jeg få fram hvordan de frivillige lagene oppfatter og opplever samarbeidet med fysioteket. Underveis kommenterer jeg noen av funnene, og etter hver kommune oppsummerer jeg hovedfunnene i kommunen.

Jeg har valgt å presentere hver kommune i to deler; frivillighetspolitikk og planverk, og rammer, struktur og ansvarsforhold. Hovedinndelingen er gjort på bakgrunn av Nødland m. fl. (2007:28-29) sin inndeling av suksesskriterier som jeg gjorde rede for i kapittel to. Under første delen tar jeg for meg enhet for kultur og fysioterker. Her vil jeg undersøke om kommunene har en frivillighetspolitikk, og om denne er forankret politisk og administrativt. På bakgrunn av eventuell frivillighetspolitikk vil jeg se om kommunene har en frivillighetsplan og i hvilken grad de frivillige lagene er involvert i arbeid med en slik plan. Deretter presenterer jeg hva enheten for kultur, fysioteket og de frivillige lagene vektlegger og forstår rammer, struktur og ansvarsfordeling. Denne delen har jeg delt inn i noen undertemaer, men kommunene har ulike kategorier da de funnene er forskjellig fra kommune til kommune og ikke med de samme kategoriene passer på alle tre.

### **6.1 Kommune A**

I kommune A er det ca 110 frivillige lag og foreninger, hvorav ca 25-30 lag som tilbyr fysisk aktivitet (kommunens hjemmeside). Det er mellom omlag 14 000 innbyggere i kommunen. Pr. januar 2009 har fysiotekaren kontakt med 12-15 lag og tre kommersielle treningsentre (Kommune A, 2008c). På intervju tidspunktet (april 2009) hadde ca 50 personer gjennomført en tremåneders treningsperiode med Opplandsresept siden fysiotekaren startet i jobben andre halvdel av 2008. I starten hadde det vært pågang til aktivitet hos lokallaget til Landsforeningen for Hjerter

og Lungesyke (LHL), med overvekt av kvinner over 50 år. Etter hvert har kommersielle treningsentre tatt over som hovedaktøren blant fysiotekbrukere i kommunen. Fysiotekaren i kommunen har stillingsprosent på ca 40 %.

Jeg har i kommune A intervjuet to frivillige lag, et fleridrettslag med ca 1000 medlemmer og et lokallag i LHL, med ca 360 medlemmer. Fra fleridrettslaget intervjuet jeg lederen for laget, som også er ansvarlig for ungdomsgruppeaktiviteten. Laget har samarbeid med fysioteket om en aktivitetsgruppe på dagtid for ungdom på ungdomsskole som til vanlig ikke er fysisk aktive. Elever fra idrettsfag på en nærliggende videregående skole er instruktører. Idrettslaget har også en aktivitetskveld for elever fra flere barneskoler og ungdomsskoler. Målgruppen for denne gruppen er barn og ungdom som normalt faller utenfor annet idrettstilbud. Skolehelsetjenesten er også koblet inn i disse gruppene, blant annet ved at de anbefaler noen barn å delta.

I LHL intervjuet jeg leder for laget. Laget arrangerer saltrening, stavgangtrening og gå - turer uten staver. Brukerne fra fysioteket var kun med på saltreningen. Saltreningen, også kalt "hjertetrimmen" besto av et ferdig trimopplegg på cd hvor instruktør viser øvelsene. Alle som deltok på saltreningen hadde ansvar for egen innsats og måtte tilpasse aktiviteten etter hvor mye de orket å delta. På intervjutidspunktet hadde de hatt 4-5 stykker på saltreningen med henvisning fra fysioteket, men det var jevnlig 20 stk på treningene.

### **6.1.1 Frivillighetspolitikk og planverk**

Kommune A har kommuneplanens samfunnsdel som en overordnet plan for frivilligheten i kommunen. Respondenten fra kulturkontoret sier følgende om planen: *"Samfunnsplanen er overordnet de øvrige delplanene, og gir klare forutsetninger for å nå de målene vi setter oss"*. I kommunen har de også en økonomi - og budsjettplan (Kommune A, 2008a:44). Planen har et mål om å; *"Tilrettelegge for at den enkelte kan opprettholde sin egenomsorgsevne"*. For å oppnå dette målet er *"videreutvikling av fysioteket i XX kommune og ordningen med "grønn resept" og "videreføre systematisering og samordning av folkehelsearbeidet"* tiltak kommunen ønsker å satse på. Budsjett og økonomiplanen (Kommune A, 2008a:66) sier kulturkontoret skal samarbeide med og støtte det frivillige kulturlivet gjennom tilskudd, driftsavtaler, markedsføring, arrangementsutvikling, utleie av lokaler og utstyr. Kulturkontoret bruker denne planen som grunnlag for sitt daglige arbeid med frivillige lag og foreninger;

*"Du har jo økonomi - og budsjettplan ikke sant, og der har vi jo hatt mål hvor det med samarbeid med lag og foreninger har vært helt klare mål for et år. Så det er budsjett og økonomiplan som er de redskapene vi har å jobbe etter. Der er det målsetninger både for det neste året, og de neste fire årene"*.



I kommunens kulturplan (Kommune A, 2006:28) blir flere tiltak nevnt hvor kommunen bidrar med økonomiske tilskudd, blant annet driftstilskudd og arrangementsstøtte. Dette bekreftes gjennom respondenten fra kulturkontoret; *”Her på kultur er det jo mest tilskudd, ikke sant, så da er jo til at vi yter tilskudd til lag og foreninger”*.

Videre nevner respondenten fra kultur at kommunen har en kommunedelplan for idrett og fysisk aktivitet, samt en kommunedelplan for kultur hvor samarbeid med frivillige organisasjoner blir fremhevet. Kommunedelplanene skal være en mer konkret og håndfast plan enn samfunnsdelen og ble av respondenten forklart slik: *”Kommunedelplanene er jo liksom de vi har som våre planverktøy”*. Det blir også sagt at det ikke nødvendigvis står i planene som et mål å samarbeide med frivillige lag; *”Det er jo helt klart det at sjøl om du ikke har det som helt konkret mål, årsmål eller fireårsmål om at vi skal ha samarbeid med lag og foreninger, sier det seg selv litt sjøl at det må det bare være”*. Samarbeid blir fremhevet som en suksessfaktor; *”Også når du tenker innenfor den biten med idrett og fysisk aktivitet er samarbeidet en viktig forutsetning for å kunne oppnå målene våre”*. Respondenten sier også at et samarbeid nesten må tas for gitt, og være unødvendig å skrive i noe plan: *”Alle må vel vite det. Alle må vel skjønne at det er sann”*. Videre står det i planen (Kommune A, 2008b:13) at den enkelte innbygger i kommunen har ”nøkkelen” til å påvirke egen helse. Planen oppfordrer alle frivillige lag til å bli samarbeidspartnere i folkehelsearbeidet i kommunen, derunder forstår jeg også innenfor fysioteke modellen. Kommunen skal på sin side legge til rette for og informere godt om hvilke aktivitets – og rekreasjonsmuligheter som finnes (Kommune A, 2008b:15).

Fysiotekaren forteller også om en kommunal plan; *”Vi har en plan som heter fysisk aktivitet et eller annet. Det er en framdriftsplan. Egen plan for fysisk aktivitet”*. Jeg spurte om det var denne planen som kunne regnes som kommunens frivillighetspolitikk, og fikk følgende svar:

*”Ja, men det er litt vanskelig å se bare på en plan. Det lages jo planer forskjellige steder hvor dette trekkes inn. Så det at det er vanskelig å se bare på en plan og si at det er det som gjelder, ikke sant. Hvis vi ser under psykisk helse hvor de kanskje tenker litt videre og bredere om hvem de skal samarbeide med. Så akkurat når det gjelder alle de planene at det kan være nevnt at man skal trekke inn det frivillige, danner partnerskap som vi kaller det. Det kan kanskje stå under litt forskjellige planer i kommunen.(....)Men sånn å svare deg på strak arm hvilke planer det kan være nevnt i kommunen her, da ville jeg råde deg til å snakke med en av lederne altså”*.

Planen fysiotekaren nevnte er den kommunale delplanen for idrett og friluftsliv (Kommune A 2008b). For fysioteket er ikke den kommunale delplanen for fysisk aktivitet som er mest relevant. Derimot blir St. meld nr 16 (2002-2003) fremhevet som det overordnede planverket i sitt daglige arbeid;

*”Vi forholder oss jo til i utgangspunktet til St. meld 16. Der ligger det føringer hvor dette er viktig å få inn, vi må stå sammen skal folkehelse klare å opprettholde eller bedre folkehelsen i Norge ikke sant. Og der så ligger det på en måte vår visjon, og den tar vi med oss inn i kommunen og i det arbeidet jeg gjør på fysioteket. Så det synes jeg er viktig”.*

Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009 (Departementene 2005) ble også fremhevet som et statlig dokument fysioteket brukte.

### ***Involvere lag og foreninger***

Kulturkontoret ser det er vanskelig å involvere alle frivillige lagene både i daglig drift og i arbeidet med planverk; *”Det er vanskelig å samarbeide med alle lag og foreninger. Du må ha en sånn paraplyorganisasjon. Vi har jo jevnlig møter og tar opp alle aktuelle saker med idrettsrådet”<sup>8</sup>*. Videre spurte jeg om hvor mye lagene blir involvert i utarbeidelsen av kommunale planer;

*”I forhold til de plana her [Kommunedelplanene], så er jo medvirkning gjennom rådene selvsagt, men alt sånt planarbeid så sender vi jo ut brev til lag og foreninger, annonserer, prøver å være i kontakt med alle. Sjøl om du må fokusere på de... sånn som denne, idrettsrådet”.(...) ”Vi går ikke bare gjennom idrettsrådet, vi bruker selvsagt de lag og foreninger vi har registrert i kommunene som samarbeidspartner”.*

Kommunen ønsker også å tilrettelegge for best mulig friluftslivstilbud for folk flest, som kan bety mye for folkehelsen blant kommunens innbyggere.

## **6.1.2 Rammer, struktur og ansvarsfordeling**

### ***Samarbeid mellom kommune, fysiotek og frivillige lag***

Et samarbeid med frivillige lag kan i kommune A sees på som det ene beinet til kulturkontoret; *”Hvis kommunen ikke skal samarbeide med frivillige lag, så kan du legge ned hele kulturkontoret. Det er jo på en måte det ene beinet vårt”.* Kommunen bruker omfanget av frivillige lag til å markedsføre kommunen. De mener et vidt spekter av tilbud og aktiviteter er viktig for å beholde folk i kommunen, og ikke minst trekke til seg nye innbyggere. De legger lag - og foreningslister ut på hjemmesiden for å markedsføre de lagene som er i kommunen for å vise mangfoldet det er.

---

<sup>8</sup> Et idrettsråd er et felles organ for all idrett i en kommune som er organisert i Norges Idrettsforbund og olympiske komité og paralympiske komité. Idrettsrådet skal fungere som et overbyggende organ for idrettslagene i kommunen, og skal arbeide for best mulig vilkår for idretten i kommunen. Det skal være en arena for samarbeid mellom lagene, mellom lagene og kommunale myndigheter og mellom lagene og idrettskretsen, <http://idrettsrad.forbundetonline.no/Sider/idrettsrad.aspx>

For fysiotekets del er et av hovedmålene at brukerne skal utøve fysisk aktivitet blant kommunens allerede eksisterende tilbud blant frivillige lag og foreninger. Jeg spurte fysiotekaren hvorfor fysiotekene skulle samarbeide med frivillige lag. Et av hovedargumentene er at fysisk aktivitet skal skje på ”grasrota”, der folk er; *”... derfor er det viktig at vi kommer oss ut i lokalsamfunnet og trykker på de knappene der. For å få folk engasjert. Da er vi på grasrotnivå. Det handler litt det om at vi må stå sammen for folkehelsa”*.

Viktigheten av å ha en stor spennvidde av frivillige lag ble fremhevet av fysiotekaren;

*”Også er det sånn at det er viktig at vi har mange tilbud, mange forskjellige tilbud. At vi har en STOR plattform som vi kan ta forskjellige aktiviteter fra. Det er jo det som er litt av greia, at hvis en skal få til livsstilsendringer og langvarige livsstilsendringer så er det veldig dumt at jeg sitter her med tre aktivitetstilbud da. Og da har ikke brukeren noe valg, og jeg må på en måte ”selge” inn de tre aktivitetstilbudene. Det blir på en måte helt gæærnt”*.

Fysiotekaren mener også at det er avhenging av tid og ressurser at fysioteket skal samarbeide med frivillige lag. Ansvarer kan ikke bare ligge på kommunale fysioterapeuter eller andre folkehelsepersonell, da ville tilbudet være mellom kl 8-15 på hverdager. Tilbudet blir mer begrenset enn hvis aktiviteten foregår i de frivillige lagene. Følgende sitat viser fysiotekarens mening:

*”Vi skal liksom få folk til å bli fysisk aktive, og det skal bli langvarige livsstilsendringer. Da er det ikke sånn at det bare skal være en treningsleder eller fysioterapeut som skal stå oppå den som en personlig trening. Den må på en måte gå ut til aktiviteten og hente inn mye initiativ selv”*.

Jeg var interessert i å høre om lagenes meninger om at fysioteket skal samarbeide med frivillige lag om fysisk aktivitet. Her fikk jeg flere gode svar, og blant annet de frivillige lagenes allsidighet fremhevet som argumenter fra fleridrettslaget;

*”Jeg sitter i kommunestyret, og spilte inn til kommunen at det blir for dyrt å ha kommunalt ansatte til å organisere disse partiene, så vi kan utfordre idrettslagene. For idrettslagene kan godt trenge å drive litt mer breddevirksomhet enn bare å tenke toppresultater. Det er bakgrunnen vår for at vi har dette (...)” Ellers er det vel at min ide at et idrettslag bør breie ut aktiviteten til å være et tilbud for hele folket, og ikke bare de som kan oppnå medaljer i kretsmesterskap osv”*.

Respondenten mente også at forebyggende arbeid var viktig;

*”Ja, jeg mener at kommunen, med skolehelsetjenesten ved helsesøster har oversikt over ungdommer som trenger forbyggende. Det er jo det som ligger i dette her, at vi skal forebygge mer enn vi behandler. Å være litt tidlig frampå. Derfor er dette satt i gang. Og jeg synes det virker klokt”*.

Respondenten fra LHL mente et samarbeid med Fysioteket gav muligheter til å nå ut til hjerte - og lungesjuka i kommunen og informere om deres tilbud, og i så måte kanskje få flere i aktivitet:

*”Men personlig så synes jeg det må være en veldig fin måte å få tak i hjerte - og lungesjuka, ved at legen henviser til fysioterapeut, og fysioterapeut ser på vårt tilbud som brukbart for vedkommende. Det må jo være kjempefint tilbud for å få folk i fysisk aktivitet igjen”.*

Respondenten føler også at Fysiotekaren har mer tid til å ta seg av laget enn fysioterapeutene i kommunen og at de får mye igjen av et samarbeid med fysioteket;

*”Da vi startet dette opplegget hadde vi noe samarbeid med fysioterapeut i kommunen, men de hadde jo nesten ikke tid å avsette til oss. Vi ser det som en fin anledning til å dra inn ekspertise når vi har behov for det, når vi har kontakt med fysioteket”.*

Videre sier respondente; *”Vi har jo egentlig fått ganske mye. De er jo villig til å komme og ta del i treninga, og se på det vi gjør. Og komme med rettelser og tilføyelser, både på godt og på vondt. Ros og ris er vi mottakelige for”.*

Fleridrettslaget hadde ikke så mange tanker rundt samarbeid med Fysioteket, bortsett fra å få ”gratis” profilering og økt medlemsmasse; *”Det er jo viktig for et idrettslag å få et godt omdømme. Vi søker og tigger om midler”.* I fleridrettslaget krever de ikke at ungdommene som skal være med på aktiviteten skal være medlemmer: *”Det er ingen forutsetning at de skal være medlem, men vi spør jo om de vil være medlem. Så det er jo bare hyggelig om de ønsker det. Medlemskontingenten er ikke så høy, men vi får nå noen ekstra kroner”.*

Felles for begge partiene med ungdomsaktivitet i fleridrettslaget er at de ønsket å gi et tilbud til ungdom som ikke er så interessert i fysisk aktivitet. Det gir noen utfordringer med hva slags aktivitet ungdommene kan drive med: *”Skal du få med ungdomsskoleelever som ikke er spesielt interessert i idrett og sånn, kan man ikke være ambisiøs med styrketrening og sånn. Det går mye i ballspill, lek og sånn”.* Idrettslaget har aktivt reist rundt på både barne - og ungdomsskolene i kommunen og reklamert for aktiviteten din.

### **Respekt for hverandre**

Det er et dilemma for kulturkontoret hvor mye de skal kreve av de frivillige lagene til å bidra på de forskjellige aktivitetene og prosjekter kommunen arbeider med;

*”Det er jo et dilemma for lag og foreninger. De har jo valgt å ha en forening for noe de er interessert i, et emne og skal jobbe for det for seg og medlemmene og, så sånn som det er i dag når lag og foreninger sliter å få med folk i styrer og sånne ting. Det å dra de.. du legger jo en ekstra byrde, ja ikke en byrde da, men sjøl om de gjerne vil vise seg fram og vise seg fram og sånn på de prosjekta vi har. Men du kan jo tenke deg at det kan være en ekstra belastning da. De har liksom på mange måter nok med seg og sitt”.*

Respondenten sier videre; ”Avveiningen av hvor mye skal du vise deg fram og hvor mye skal du drive med det du egentlig driver med da? Så det er jo en balansegang, for de må jo vise seg fram for å få medlemmer”.

Fleridrettslaget følte seg ikke tvunget til å samarbeide med Fysioteket og skolehelsetjenesten, men ønsket å følge ønskene deres:

*”Nja, vi er vel ikke interessert å ha for frie tøyler. Vi vil jo gjerne innfri det som er behovet selvfølgelig. Men skal man motivere og stimulere sånne ungdommer, så må det være litt frie tøyler, for det er ikke bra å ha det for rigid heller da. De er ikke topp motivert alle skjønner du”.*

Fleridrettslaget ser problemer med at ungdomsgruppen deres ikke er så interessant å trene;

*”Det som kan være utfordringer er hele tiden å skaffe instruktører. Det er ikke så interessant å være instruktør på et sånt parti som vi driver, som for et fotballag hvor det er folk som presterer ting, og man kan få eksponere sine ideer, og de at det blir resultater. Her måler vi ikke så mye veldig resultater ikke sant”.*

### **Formelt samarbeid**

Kulturkontoret brukte i liten grad skriftlige avtaler, men prosjektbasert samarbeid ved behov var mer utbredt;

*”Vi har jo stadig vekk forskjellige prosjekter, og da tar vi kontakt med de vi, på som du sier ad-hoc og samarbeider med lag og foreninger. For det er helt naturlig for oss at vi bruker lag og foreninger som en del av de prosjektene. I mangfoldighetsåret som da er sånn statlig satsing som det var i fjor, henvendte vi oss til hele spekteret av lag og foreninger, og spurte om de var interessert i å være med... det er de som føler seg naturlig å være med på én slik type prosjekt som svarer ja og blir med”.*

Kulturkontoret hadde bare en skriftlig og konkret samarbeidsavtale;

*”Det gjøres avtaler f. eks med hundekjørerklubben at de skal ha så så mange timer med hundekjøring for utviklingshemmede. Har en skriftlig avtale. Ellers har ikke vi noe, innenfor det området jeg kjenner best. Der har ikke vi noe avtale med lag og foreninger, men vi samarbeider med de”.*

Fysioteket har inngått skriftlige avtaler med tre kommersielle treningssentre, men kun muntlige avtaler med noen frivillige lag. Når det gjelder formelle avtaler med kommersielle og frivillige aktører er det litt forskjell; ”med de kommersielle aktørene er det selvfølgelig helt klare avtaler, så der er det skrevet avtaler”. Når det gjelder de frivillige lagene har fysiotekaren så smått begynt å arbeide med avtaler;

*”Det er også begynt å jobbe med avtaler med sånne som LHL [i kommunen], for å få det ned på papiret, men har ikke fått noe ned på papiret enda. Men det kommer antageligvis til å... at vi kommer til å få noe ned der også. Men der har vi muntlig avtale. Det er med mange av de lag og foreninger sånn at det er jo et åpent tilbud for alle i kommunen, så det er ikke så viktig at det må ha en skriftlig avtale der”.*

Videre peker fysiotekaren på at det tar lang tid å skaffe en kontaktperson, for deretter å inngå avtaler; *”Det er for å starte ett sted, og at jeg skal få en kontaktperson på de ulike stedene”*. Fysiotekaren sitter på en komplett liste over alle frivillige lag og foreninger i kommunen, hvor mange kan være aktuelle samarbeidspartnere for fysioteket. Da fysiotekaren startet i jobben var noe av det første vedkommende gjorde å ta kontakt med noen frivillige lag å høre om de kan være interessert i å stå på listen over aktuelle lag brukere til fysioteket;

*”Også nå er det sånn at når jeg begynte her, så var det å besøke de frivillige som holdt på med noe aktivitet. Også var det å få en kontaktperson, også ha noen telefonsamtaler og komme litt i gang. Også da har vi på en måte ikke noe mer tid enn å ta i mot brukeren”*.

En annen årsak til manglende skriftlig kontrakt med de frivillige lagene er manglende tid i følge fysiotekaren:

*”De som du fikk, er på en måte de jeg har hatt mulighet til å opprette et samarbeid nå i starten. Men så har jeg oversikt over alle lag og foreninger og alt sånn som er i kommunen her, men foreløpig er det ikke sånn at jeg har en kontaktperson i alle lag og alle foreninger”*.

I framtiden håper fysiotekaren å få mer tid til å få med flere frivillige lag:

*”Hvis ting setter seg litt mer og politikerne vil satse på dette her så er det lettere for at vi får mer tid med de frivillige. Vi er jo veldig på det marginale. Men det er jo sånn at alle vil ha mer tid. Vi må gjøre det beste ut av de ressursene vi har. Det er jo det det handler om”*.

Opplandsresepten anbefaler at skriftlige avtaler med aktører fysioteket samarbeider med har en varighet på 12 måneder, men dette ble bare delvis tatt hensyn til i kommune A. Når det gjelder varigheten på avtalene mellom fysioteket og private og frivillige aktører er det litt forskjellig lengde avhengig av hva slags avtale det er snakk om;

*”Jeg synes at det blir jo ikke noe problem når du samarbeider med lag og foreninger, for de har ofte et tilbud til hele befolkningen. Avtalen vil bare fortsette å gå, så lenge det laget finnes og de har den type aktivitet. Så vil dette jo bare rulle og gå. Men der det er kommersielle aktører eller andre som på en måte kan ha en større inntjening i forhold til fysisk aktivitet der er det viktig at vi setter en avtale. Da varer mine avtaler i ett år, så de må fornyes”*.

Avtalene mellom de kommersielle treningssentrene og fysioteket er laget med utgangspunkt i standardavtalen som er utarbeidet av fagkoordinator i fysiotekmodellen ved Øverby Helseportssenter, men med noen egne tilpasninger: *”Vi bruker deler av den, men den er mye mer detaljert den vi har fordi vi har fått til såpass gode avtaler med de kommersielle aktørene at den ble på en måte ikke god nok”*. Fysiotekaren sier også; *”Ja, så vi bruker denne avtalen [kommunens egen avtale]. Noen av disse kommersielle aktørene velger å legge inn en ganske god beskrivelse av hva de på en måte er med på i forhold til hva de kan være med på å gi da”*.

Fleridrettslaget har ikke noe formalisert samarbeid utover at de har møter med skolehelsetjenesten og fysioteket, hvor fysiotekaren skriver referatene; *”Vi har altså møter der vi setter opp hvor mange treninger vi forplikter oss til å gjennomføre, og hva slags midler vi har til rådighet for det (...) Og så det er jo formalisert skriftlig med referat etter de samarbeidsmøtene”*.

Fysioteket hadde heller ingen skriftlig avtale med LHL, kun en muntlig avtale om at fysiotekaren kunne ringe for å høre om det var plass til flere på treningen. Respondenten følte det ikke var behov for noe mer; *” Er det noe vi lurer på er det bare å ringe og spørre. Vi har en veldig god kontakt med fysiotekaren, og det har fungert kjempebra”*. Videre føler respondenten at samarbeidet med fysioteket er preget av likeverdighet, og at de ikke føler noe press til å ta i mot nye brukere slik situasjonen er. Hvis det derimot blir mange nye må de kanskje tenke nytt; *”Neida, men det er klart sier hun til meg at det er ti brukere som har lyst til å begynne hos dere, da måtte jeg begynne å vurdere, og begynne å tenke annerledes”*. Et alternativ de kunne vurdere om det ble mange var å utvide treningene med en dag i uka. Med pågangen som var hadde de ingen umiddelbare planer om å endre på opplegget de hadde.

### **Økonomi**

Økonomiske hensyn er også et argument for å opprettholde samarbeid med frivillige lag for fysiotekene, og ikke bare ha samarbeid med kommersielle treningssentre;

*”Og derfor skal vi ikke bare sette oss passive, og si at vi må ta vare på de kommersielle aktørene, og de frivillige får vi ikke til. Fordi at de frivillige må være der som et viktig lavterskeltilbud. For i et lavterskeltilbud så skal det ikke koste brukeren for mye etter tremåneders periode”*.

Videre er fleridrettslaget usikker på i hvilken grad de har økonomi til å fortsette med ungdomsgruppene så sant de ikke får noe økonomisk støtte fra kommunen;

*”Ja, vi tar sikte på å fortsette. Nå er jeg personlig en som har drevet frivillig arbeid hele mitt liv omtrent, og vi er jo avhengig av å prøve å få med nye folk. Det er jo en utfordring i idrettslaget, så det er ikke bare å si at vi skal fortsette. Vi skal jo ha folk som skal drive dette”*.

Fleridrettslaget samarbeidet med fysioteket om søknad til fylkeskommunen for å dekke reiseutgifter til elevene ved den lokale videregående skolen; *”Vi har jo fått, sendt søknad om de lavterskelmidlene, og satt opp hva vi skal gjøre, og hva vi vil bruke pengene til, og hva vi forplikter oss til å gjøre”*. Her har fysiotekaren vært medhjelpelig med å skrive søknad og være bindeleddet mellom fylkeskommunen og laget. Laget det er snakk om her hadde fått midler fra Oppland fylkeskommune til å drifte dette tilbudet for ungdom. Midlene kom fra potten

”lavterskeltilbud til fysisk aktivitet til frivillige organisasjoner”. I hovedsak ble midlene brukt til å gi instruktørene fra den videregående skolen kjøregodtgjørelse, samt frukt og drikke etter treningen til utøvere og instruktører.

Videre har LHL fått økonomisk støtte av Fysioteket til å kjøpe treningsmatter; ”Også har vi jo fått litt økonomisk støtte. De har jo spandert på noen treningsmatter. Så litt goder får man jo i tillegg”.

### **Oppsummering**

Jeg har nå presentert empiri fra intervjuene jeg gjorde i kommune A. Oppsummert kan jeg si at kulturkontoret anser det som naturlig og nødvendig å samarbeide med frivillige lag. Det kommer også fram i bruken av kommunale planer for kulturkontoret. Der var både kommunedelplan for kultur, kommunedelplan for idrett, fysisk aktivitet og friluftsliv samt en økonomiplan sentrale planer de bruker i sitt arbeid. For fysiotekaren var ikke bruken av kommunale planer like tydelig. Fysiotekaren forholdt seg i større grad til statlige dokument, og mente arbeidet med brukere var så omfattende at det var vanskelig å forholde seg til en plan. Fysiotekaren mener også det er viktig at fysioteket samarbeider med frivillige lag, selv om de ikke har så mange brukere i frivillige lag i dag. De frivillige lagene hadde litt ulik erfaring med hvor mye fysioteket kunne bidra med, men var stort sett fornøyd og mente et samarbeid med fysioteket var en styrke og gode for laget.

Verken kulturkontor eller fysioteket brukte skriftlige samarbeidsavtaler med de frivillige lagene, og det var heller ikke noe som var savnet fra noen av partene. Idrettsrådet i kommunen var en naturlig samarbeidspartner i flere oppgaver. Hovedsakelig var muntlige avtaler som gjeldene, og i liten grad skriftlige avtaler. Fysiotekaren mener det tar lang tid å inngå avtaler med lagene, og det er tid som kan brukes på brukerne.



## 6.2 Kommune B

I kommune B finnes det mellom 90-100 frivillige lag og foreninger for de om lag 14 000 innbyggerne som bor der (intervju med representant fra Kulturkontoret). Fysioteket har skrevet avtale med 13 lag, alt fra Frivillighetssentral, bassengtrening, LHL, fotballgruppe og golfklubb. Siden oppstarten av fysioteket i kommunen har mellom 300 og 350 personer blitt registrert pr 31.12.2008 (Øverby Helseportssenter m. fl 2009:10) hvorav ca 200 i 2008. Pr april 2009 hadde ca 50 personer enten startet eller avsluttet behandlingen gjennom Opplandsresepten i 2009 (intervju Fysiotekar kommune B) Fysiotekaren har en stillingsprosent på ca 60 %.

Jeg har intervjuet lederne i lokallaget til landforeningen for Hjerte og lunge, Frivillighetssentralen og et fleridrettslag. LHL er et 13 år gammelt lag med ca 160 medlemmer. Av fysisk aktivitet har laget trening i gymsal to ganger i uken hvor det er med brukere fra fysioteket. Hvor mange brukere de hadde på trening var ikke lederen helt sikker på når jeg gjorde intervjuet.

Frivillighetssentralen gjorde mange forskjellige aktiviteter, men brukerne fra fysioteket var med på fotturer. To grupper har fottur en gang i uka. En gruppe går 2-4 timer i variert skogsterreng i moderat tempo. I denne gruppen var det en fast gjeng på 18 stk, hvorav 5 stk var henvist fra fysioteket. Den andre gruppen ble kalt "rusleggruppe" hvor deltakerne går så langt de orker og så tar en pause, før de går videre og igjen har en ny pause. Her var det 4 av 12 deltakere som var henvist fra fysioteket. I begge gruppene vektlegges det sosiale aspektet stort, da begge turene innebærer at deltakerne har med seg matpakke og drikke som de inntar i en innlagt pause. Respondenten har ikke noe direkte kontakt med deltakerne i aktiviteten, da turene ble ledet av faste turledere. Turlederne rapporterte til lederen for frivillighetssentralen, som igjen rapporterte til den kommunale fysiotekaren.

Breddeidrettslaget har en turgruppe for hovedsakelig pensjonister i kommunen, med opptil 40 personer hver gang. De samles annenhver tirsdag hvor de går tur en time og har en time sosialt etterpå. Respondenten jeg har snakket med er leder og initiativtaker til gruppen. Vedkommende er i full jobb, og har bare mulighet til å ha aktiviteten annenhver uke. Siden det er tur så sjelden har det vært svært få som er henvist fra fysioteket til å være med i turgruppa. Respondenten tror derimot mange som er med er henvist fra fysioteket til andre aktiviteter i kommunen, og bruker turgruppen i idrettslaget som et supplement til annen trening.

### 6.2.1 Frivillighetspolitikk og planverk

Kommunen har en samfunnsplan (Kommune B, 2008:34). som strekker seg fra 2008-2020, hvor de innenfor folkehelse har to strategier jeg ønsker å trekke fram: ”Sikre gode interne rutiner for samarbeid mellom helse- og planfaglige enheter og utvikle tverrfaglig nettverk for folkehelse og involvere skoler, barnehager, frivillige lag og foreninger og næringslivet i folkehelsearbeidet”. Samfunnsplanen tar også for seg fysioteket gjennom; ”å ta vare på og videreutvikle tilbudet med fysiotek”. På spørsmål om frivillighetsplaner kommer det fram at kommunen har kommunedelplan for idrett og fysisk aktivitet. Bruken av denne planen er derimot litt mangelfull; ”Jeg er redd den er litt sånn ”sleeping buty”. Vi burde selvsagt lagt den ut [på nettet], og fulgt den opp. Ikke minst! ”. Kultursjefen unnskyldte seg litt med at planen var laget på planavdelingen i kommunen før vedkommende startet som kultursjef og hadde i så måte ikke vært noe særlig borti planen. Selv om planen ikke er i bruk daglig, så har den noen fastlagte punkter som følges hvert år. Blant annet gir kommunen tilskudd til lag og foreninger etter søknad hvert år, samt egne tilskudd til lag som kjører skiløyper på vinteren.

Jeg spurte fysiotekaren i kommunen om hvilke planverk kommunen hadde når det gjaldt samarbeid mellom kommunen og frivillige lag og foreninger. Svarene jeg fikk gav inntrykk av at de overordne planene ikke var helt forankret hos fysiotekaren;

*”Nå spør du litt vanskelig for meg tenker jeg. For jeg.. nå er du kanskje på et nivå som kanskje helsesjefen hadde hatt et bedre svar enn det jeg kan komme med nå”. .... Jeg vet ikke helt om det finnes noen slike papirer eller skriftelige avtaler på det du nå spør etter. Det skal jeg ikke ha sagt”.*

For å få et mer utdypende svar om bruk av planverk henviste fysiotekaren meg videre til helsesjefen. Fysiotekaren sa folkehelsearbeidet var forankret i kommunen gjennom kommunens partnerskapsavtale med Oppland fylkeskommune og fylkesmannen i Oppland, og mente nettopp denne forankringen og helhetstanken var årsaken til at fysioteket gikk bra.

#### ***Involvering av lag og foreninger***

I kommunen var det i tillegg til et veldig aktivt idrettsråd, også et aktivt musikkråd<sup>9</sup> som ble brukt som høringsinstans i saker angående musikk. Kultursjefen mente de klarte å involvere overbygningene, og på den måten ha kontakt med ”grasrota”: ”gjennom de demokratiske styrene i idrettsrådet og musikkrådet så har vi ganske god kontakt og oversikt over de ulike grupperingene”. I kommunen brukes både musikkrådet og idrettsrådet som høringsinstanser; ”Vi

---

<sup>9</sup> Musikkrådet har i all hovedsak samme oppgave som idrettsrådet, men er ikke tilsluttet noe nasjonalt forbund eller organ.

braker de som en høringsinstans rett og slett. De innstiller blant annet til alle fordelinger i året. Så vi bruker de aktivt". Videre yter kulturkontoret tjenester tilbake:

*"Kulturkontoret er også sekretær for de to utvalgene. Det er en service vi yter. Det er og for å ha den gode dialogen. For oss er det et vedtatt arbeidsmål å ha gode samarbeidsrutiner med de overbygningene. Vi klarer jo ikke å forholde oss til hver enkelt av de 90-100 lagene hele tia".*

Kommune B har en litt spesiell samarbeidsmodell ved at de har strukturert kultursektoren rundt fire aktører; ca 100 frivillige lag og foreninger, de store kulturinstitusjonene med museum, kulturskole og bibliotek, profesjonelle kunstnere/ musikere og kulturkontoret. Kultursjefen mener suksesskriteriet er hvor godt disse aktørene klarer å samarbeide; "Det er jo det som er hele kluet". Videre har kommunen en politikk om at kommunen ikke skal eie anlegg;

*"Det som kanskje er mest spesielt, er at ingen idrettsanlegg drives av kommunen. INGEN! Alle drives av lag og foreninger sjøl, til og med det store tunge som "xxx" [stedsnavn]-hallen og "xxx" [stedsnavn]-hallen".*

Kultursjefen fremhever betydningen av å involvere lag og foreninger i beslutningsprosesser slik:

*"Hvis jeg hadde lagt fram for politikerne mine en innstilling om fordeling av idrettsmidler eller musikkmidler eller forsamlingslokaler eller hva det måtte være, uten at det frivillige systemet hadde fått uttale seg om eller ment noe om det, hadde sannsynlig enten saken blitt utsatt og jeg hadde fått beskjed om å gå tilbake å gjøre jobben min, eller gitt meg en bemerkning på det i vedtaket.[eventuelt]at de vedtok det under forutsetning at f. eks musikkrådet sluttet seg til det. Så det er så selvfølgelig for oss at de er med hele veien, uten at vi nesten tenker over det. Det er arbeidsformen vår".*

## **6.2.2 Rammer, struktur og ansvarsfordeling**

### ***Samarbeid mellom fysiotek, kulturkontor og frivillige lag***

Kommunen har som nevnt et stort spekter av frivillige lag og foreninger, og kommunen er avhengig av samarbeid gjennom arbeidsmodellen de har i kommunen. Kultursjefen sier følgende om arbeidsmodellen:

*"Det er en krevende arbeidsform til tider, men vi hadde aldri i livet fått utøvd halvparten hvis det ikke var sånn. Så det ser jeg jo. XX [kommune B] er kjent for som en ganske rik kulturkommune. Og det skyldes nok den litt spesielle arbeidsmodellen vi har. Så jeg synes vi gjør veldig mye, men alene så blir vi ingenting".*

Kultursjefen snakket om et trepartssamarbeid mellom kulturkontoret, profesjonelle aktører og frivillige lag ved en årlig sommerkonsert. Der kommunen står for det formelle avtaleverket med blant annet kontrakt med billettservice. Kultursjefen uttrykte det som; "Vi har sørget for at det kan skje". Videre har selvsagt de profesjonelle musikerne ansvar for selve underholdningen, mens en del lag og foreninger har ansvar for den tekniske gjennomføringen av arrangementet.

Kultursjefen mener et slikt trepartssamarbeid er veldig krevende, og krever mye koordinering som kan skape utfordringer; ”Du kan ikke forlange det samme av en som er positiv og stiller opp frivillig på dugnad som du kan av et ansatt menneske med fagbakgrunn. Det sier seg sjøl”. Et poeng som er viktig å få fram ved et slikt samarbeid er betydningen av innsatsen fra de frivillige lagene;

*”Noen ganger så tenker du - herligheten hvor deilig det hadde vært og hatt bare profesjonelle utøvere med seg, eller profesjonelle arbeidere. Men på en annen side har du ikke sjanse til å ha økonomi til det. Og ikke er det ønskelig heller. Du skal jo skape engasjement ute på bygda”.*

I et folkehelseperspektiv var kulturkontoret opptatt av å ha størst mulig bredde i tilbudet i kommunen;

*”...kultur har jo mange av de forbyggende elementene i seg. Kultur skal ikke drive en til en arbeid, men legge til rette for de store gruppene” (...). At jo større bredde vi har i det generelle tilbudet, jo bedre forebyggende virker det. Så da er det flere som finner noe som fenger”.*

Fysiotekaren var veldig opptatt viktigheten av å bruke de frivillige lagene i kommunen til behandling av brukerne av fysioteket. Vedkommende mener Opplandresepten er en modell som absolutt har livets rett, og har noen tanker rundt folkehelsearbeid og bruk av offentlige kroner;

*”Men her er det snakk om å tenke hvor skal vi bruke de kommunale eller offentlige kronene, hvor er det lurt å satse. Helseforbyggende arbeid, helsefremmende arbeid eller skal vi ta det igjen i reparasjoner? Opplandresepten har et potensial som jeg tror det er viktig å ha et enda mer fokus på framover”.*

Jeg spurte om hvorfor fysioteket hadde samarbeid med 13 lag, og eventuelt hvilke utvalgsriterier de hadde brukt. Fysiotekaren mente at et bredt utvalg av aktiviteter er vesentlig for å kunne tilby best mulig tilbud til brukerne;

*”Tanken fra starten av var at det skulle favne... være litt ulike aktiviteter, favne både de som er yngre og de som er litt eldre, og ”Det er viktig å ha et variert tilbud som faktisk ivaretar den enkelte brukers behov i ulike deler av livet og ulike interesser”.*

Aldersspennet på brukere av fysioteket i kommune B er fra 13 til over 80 år. Derfor vektlegger fysiotekaren å ha et stort spenn i aktiviteter. Fysiotekaren har bevisst henvendt seg til konkrete aktuelle lag for å få et best mulig tilbud ut fra det fysiotekaren mener er nødvendig for å få et bredest og best mulig tilbud:

*”Vi har jo... vi som jobber her vi ser jo hva, hva er det vi egentlig trenger. Mangler vi noe, hvor bør vi egentlig ha mer?”*

*”Så det er bevisste valg i forhold til det å ha et så stort utvalg som mulig som flest mulig kan bruke. Så det er alt fra golf til bassenggruppa eller overvektsgruppa, likemannsgruppa til reumatisme til hjerte / kar og så videre”.*

*”Det skal gjenspeile kommunen og bredden i kommunen, Så det er i den grad at det skal være et knippe av aktiviteter som dekker flest mulig, og skal gjenspeile det som finnes i kommunen”.*

Fysioteket har også opplevd at tilbudene de har ikke er godt nok for enkelte brukere, og da har fysioteket opprettet egne aktivitetstilbud eller aktivt gått ut i nærmiljø for å finne en aktivitet som passer den enkelte;

*”Hvis det er en bruker som etterspør en aktivitet, som kommunen ikke kan tilby det er det jo mange kommuner rundt oss som kanskje har den type aktivitet, eller kanskje aktiviteten finnes i kommunen og, men at vi ikke har en skriftlig formalisert avtale med foreningen, så oppretter vi kontakt. Vi er jo bindeleddet ikke sant”.*

Selv om fysioteket har avtale med to kommersielle sentre og 13 frivillige lag er det ikke nødvendigvis slik at alle tilbudene blir brukt like mye. Kommersielle sentre, bassengtrening og egenaktivitet eller en kombinasjon er de tilbudene i kommune B som er mest brukt; *”Mange har egenaktivitet, man skal ikke glemme det. Ikke alle som ønsker organisert aktivitet, men mange som velger kombinasjoner av egenaktivitet og organisert aktivitet”.*

Frivillighetsentralen mener en viktig grunn til å samarbeide med fysioteket er å bry seg; *”Det er rett og slett entusiasme, lyst til å være frivillig, lyst til å bistå disse her. Vise at en bryr seg”.* Videre mener de at kommunen kan gi mennesker som faller litt utenfor resten av samfunnet en sjanse ved å samarbeide med frivillige lag;

*”For at de skal gi et tilbud til de som detter mellom to stoler i forhold til både NAV og hele denne pakka her. For der er det en del personer som de kan hanke opp som kanskje ikke er inne i sosialetaten, psykiatri -tjenesten osv, er i mellom der”.*

LHL føler de ikke har så mye samarbeid med fysioteket ut over at de får noen henvisninger av og til; *”Vi har i hvertfall ikke mye samarbeid med kommunen”.* Tidligere hadde LHL trening i basseng og da fikk de låne det gratis av kommunen, så de hadde mer samarbeid tidligere. Bassengtreningen ble avsluttet da det ble svært få som benyttet seg av tilbudet, og kun lederen for laget hadde livredningsprøve. LHL uttrykker vanskeligheter med å nå ut til personer som hjerte og lungesjuka, da de gjerne blir sittende inne da de ikke orker å bevege seg så mye. Ved å bruke fysioteket oppnår alle parter en gevinst; *”Ja, vi synes jo det er positivt at vi kan samarbeide med den trimmen. Det er det jo. For det er veldig vanskelig å nå andre hjerte og lunge sjuka, og de som kommer på fysioteket er jo folk som er anbefalt fra leger”.*

Breddeidrettslaget sliter med å få folk til aktivitetene i laget, og da særlig ansvar for styreverv, og bruker økt medlemsmasse som argument for å samarbeide med fysioteket; *”Det er klart det at med en god dialog der, så vil det være muligheter til å høste flere medlemmer da. Hvis det at*

*fysioteket kan være flinke til å rekruttere til brukere til idrettslaget så er det jo positivt for idrettslaget". De mener fysioteket bør benytte seg av de aktiviteter som allerede eksisterer i kommunen. "Det er klart at mye av de aktivitetene som er i bygda blir drifta av de frivillige lagene, og da har de jo allerede tilbud som ligger, som fysioteket kan være med på å verve medlemmer til. (...)I og med at tilbudet allerede er der så er det jo lurt å benytte seg av det".*

### **Formelt samarbeid**

Fysioteket i kommune B har valgt en annen løsning på samarbeid med de frivillige lagene enn hva kommune A bruker. De har skriftlige avtaler med to kommersielle treningssentre og 13 frivillige lag og foreninger i kommunen. Da fysioteket startet opp i kommunen ble alle lag og foreninger i kommunen invitert til et informasjonsmøte om fysiotekmodellen. Videre ble det skrevet avtale med aktuelle lag. Avtalen til fysioteket er den samme som er anbefalt å bruke fra fagkoordinatoren i fysiotekmodellen. I likhet med kommune A har også fysioteket i kommune B egne avtaler med kommersielle sentre:

*"Viktig poeng! Den ene kommersielle aktøren har vi en annen avtale med, som ser helt annerledes ut. Nettopp fordi det er andre priser inne, det er andre grunner som ligger til grunn. Men det er det eneste, det er unntaket".*

Fysiotekaren ser det som en fordel at de har et fast antall frivillige lag de samarbeider med, blant annet gjennom at de kjenner godt til fysiotekmodellen og behandlingsmåten;

*"De er en viktig støttespiller for det er i neste omgang de som tar seg av de som kommer herifra, og som også kjenner til ulike ting som blant annet taushetsplikt og at ting blir ivaretatt når de blir sluset videre herifra. Det samarbeidet er veldig godt synes jeg. Det fungerer godt".*

Samarbeidet mellom fysioteket og de frivillige lagene fungerer først og fremst gjennom at fysiotekaren tar telefonisk kontakt for å spørre om det er plass til en bruker til i aktiviteten. Frivillighetssentralen uttrykker samarbeidet slik;

*"Jeg synes det samarbeidet har fungert veldig bra hele tiden. Vi har jo alltid vært oppdatert, og vi prater stadig vekk sammen. Og når det er noe, så tar vi en telefon eller stikker innom hverandre og prater sammen".*

For breddeidrettslaget opplevde de ikke at avtalen hadde noen betydning, da de i liten grad faktisk har brukere fra fysioteket. Der mente de heller det betydde noe for fysioteket; "men mer for fysioteket som da kan ha oss. Vi er på en måte en av de fysiotekplassene som de kan henvise til". Videre sier de; "vi er jo på en måte en av de som de kan fordele folk til. Men vi er oppe og går uavhengig av de kan du si. Men vi er jo ei undergruppe av fysioteket. Vi er jo et mottak kan du si". LHL mente de ikke hadde noe behov for mer konkret samarbeidsavtale; "Nei, det har ikke vi

*heller. Jeg synes heller det er positivt at fysioteket tar kontakt med oss, så vi kan samarbeide på den måten*". Breddeidrettslaget var veldig positive til samarbeid med fysioteket;

*"Jeg er ganske sikker på at idrettslaga og kommunen er avhengig av et samarbeid. Tror de og vi tjener på det. Og hadde vi hatt et opplegg som var ukentlig, så er jeg sikker på at vi hadde merka det enda mer. For de mottaka som er rundt i bygda er jeg sikker på er tjent med å ha det samarbeidet med fysioteket, hvis de da har som jeg vil tro har medlemmer som dukker opp*".

Frivillighetsentralen var i det store og hele veldig fornøyd slik samarbeidet fungerte, men ønsket seg litt mer samarbeid overfor enkelte grupper mennesker; *"Det eneste hadde kanskje vært med en spesiell kategori folk at de er med en eller to ganger og så kommer de ikke igjen. Og det er en spesiell kategori, det kan være veldig blandet. De kan være fysiske sjuke, men det er mye det psykiske"* I slike situasjoner ønsker frivillighetsentralen å gå i dialog med fysioteket og psykiatritjenesten for å finne ut hvordan de skal få det til å fungere bedre.

Avtalene de frivillige lagene har med fysioteket er i utgangspunktet tidsbegrenset, men blir som regel videreført etter at avtaleperioden går ut i følge fysiotekaren;

*"Den dateres ett år fram i tid, eller to år. De fleste er inne på to år, slik at vi slipper å nødvendigvis måtte gå gjennom den hvert år. Er det slik at vi skulle gjøre noen forandringer underveis gjør vi det. Men jevnt over er alle på to år på de fleste. Vi fornya de nå her i fjor høst*".

Fysiotekaren fortalte litt om samarbeidet med de frivillige lagene, og det var lite eller ingenting som bremser samarbeidet. Selv om kontaktpersonene i de forskjellige lagene gjerne er på jobb på dagtid opplever ikke fysiotekaren det som noe problem:

*"...kontaktpersonen som vi har kontakt med er aldri lenger unna enn åtte tall. Så det er nettopp det vi gjør. Når vi har brukeren her tar vi kontakt mens han eller hun er her. Da ringer jeg og sier at nå har jeg ei dame som gjerne vil bli med på torsdag*".

Vi har nå sett at fysioteket bruker skriftlige avtaler med de lagene de samarbeider med. I likhet med kulturkontoret i kommune A har heller ikke kommune B noe særlig utbredt formelt samarbeid med frivillige lag for kulturkontoret. En årlig konsertuke er det eneste arrangementet kultursjefen kan komme på at kulturkontoret har en skriftlig avtale på; *"Der er det laget en avtale mellom XX [kommune B] kommune og XX [kommune B] musikkråd som sier noe om hva konsertuka skal være*".

Vi så i samfunnsplanen at nettverk innad i kommunen var en strategi i folkehelsearbeidet. Kultursjefen vektla både formelle og uformelle nettverk i sitt arbeid; *"Samordning er et område du ikke har lov til å forsømme og glemme egentlig. Det mener jeg altså*". Innenfor folkehelsearbeid snakket kultursjefen om et folkehelsenettverk i kommunen vedkommende var

medlem av. Nettverket besto av kultursjef, fysioterar, folkehelsekoordinator og helsesjef. De møtes minst fire ganger i året hvor de utveksler erfaringer, og kommer med nye tanker om hva de bør satse på framover. Kultursjefen innrømte at folkehelsenettverket var et område vedkommende hadde forsømt, men ønsket å ta tak i framover. Antall nettverk i en kommune kan lett bli for mange, og da mister de en del av hensikten sin i følge kultursjefen;

*”Dette med tverrfaglig nettverk er en del av den nye organisasjonsmodellen som ble innført i 2004, så det er nettverk for folkehelse, det er nettverk for trafikksikkerhet, det er for ungdomsarbeid, sånn at vi skal jobbe tverrfaglig i formaliserte nettverk”. (...) ”De igjen er såpass sammenvevde at det kan være veldig dumt å ikke ha ett. men hvor mange nettverk og hvor stor skal de være, og hvor formalisert skal de være?”.*

Videre sier kultursjefen at uformelle nettverkene kan være like viktig som formelle nettverk:

*”For det du opplever i travle hverdager er jo at de uformelle nettverka fungerer like godt. Du går gjennom gangen og treffer Hans, og får avklart akkurat det og det som du skulle, hadde tenkte å ta opp med han. Det er litt sånn, pluss at hvis du utvikler noen uformelle nettverk, så enten er det på grunn av et rent faglig behov, eller fordi at det er et menneske som det er positivt for deg å samarbeide med”.*

Selv om uformelle nettverk er viktig, vil ikke kultursjefen utelate formelle nettverk:

*”Begge deler er egentlig veldig viktige, for de formelle nettverkene er noen ganger sammensatt slik at det er viktig for to av fem enheter, og de prioriterer det. Så blir det meldt forfall fra en del, og det blir ikke oppprioritert. Og da henter du heller ikke ut den gevinsten som er forutsatt. jeg mener det er for å sikre en koordinering og samordning, men det er ikke gitt at det lykkes heller allikevel. Jeg tror nok de uformelle nettverkene kan bety like mye. Evnen til å samarbeide er igjen den alliansebyggingen og nettverksbygging”.*

### **Personlige egenskaper**

Fysiotekaren i kommune B sier relasjon er viktig for jobben og mente det er viktig å være tydelig, men samtidig diskret overfor brukeren. Vedkommende la fram tre faktorer som er viktig for at brukeren skal bli tatt godt i mot og ønsker å yte en innsats for seg selv: empati, relasjonsbygging og anerkjennelse av mennesker. Faktorene må være forankret i møte med bruker slik at brukeren føler at vedkommende blir tatt på alvor, da poenget med fysiotekene i første rekke er livsstilsendringer. Hvis en fysiotekbruker ikke føler seg velkommen og verdsatt av fysiotekaren, vil det by på problemer å gjennomføre en livsstilsendringer hos brukeren.



## **Oppsummering**

Verken kultursjefen og fysiotekaren i kommune B var ikke veldig opptatt av kommunale planer, og vektla dette lite i sitt daglige arbeid. På samme måte som Kommune A er idrettsrådet viktig samarbeidspartner i aktuelle saker, men kommune B bruker også musikkrådet. I kommune A var fysiotekaren ikke så opptatt av hvilke lag de samarbeidet med, men i kommune B hadde fysiotekaren bevisst valgt ut frivillige lag de samarbeidet med. Fysioteket plukket ut lag for å ha bredest mulig tilbud til brukerne så alle skal kunne finne noe som passer.

Kultursjefen mener både uformelle og formelle nettverk innad i kommunens administrasjon er viktig for hva kommunen skal gjøre, blant annet innenfor folkehelsearbeid.

### **6.3 Kommune C**

Fysiotekaren i kommune C har ca 20 % stilling. I kommunen er det ca 65-70 frivillige lag og foreninger som de 5-6000 innbyggerne kan være medlem av. Fysioteket har en skriftlig avtale med tre frivillige lag; Reumatikerforening, LHL og Seniordansen, i tillegg et kommersielt treningssenter. Det er mellom 100 og 130 registrerte brukere siden oppstarten av fysioteket. Av disse har ca 20 personer vært aktive i frivillige lag, og ca 20 personer har trent på kommersielt treningssenter, resten har hovedsakelig trent på egenhånd.

I kommune C har jeg intervjuet leder for en reumatikerforening for personer som sliter med muskel, ledd og skjelettplager. Laget har ca 60 medlemmer. Lederen fungerer også som instruktør i bassengtrening og saltrening. Bassengtreningen var hovedaktiviteten hvor de trener kondisjon, styrke, bevegelse og balanse i varmt vann til musikk. Det er 5-6 stk fra fysioteket som inngår som en del av den allerede eksisterende deltakermassen. I kommune C er det bassengtreningen til reumatikerforeningen som har vært den mest populære aktiviteten. Oppslutningen til treningen har vært så stor at tilbudet har blitt utvidet fra en til to dager i uken. Fysiotekaren tror ikke den ene ekstra dagen er spesielt tiltenkt fysiotekbrukere, men tilbudet er åpent for alle som er medlemmer i foreningen;

*”Det er slik at det har vært en 30 stk i bassenget, og det er litt for mange, så de har blitt delt i to og fått et bredere tilbud og er godt fornøyd med det. Synes jo denne fysiotekmodellgruppa har sklidd veldig godt inn der”.*

### 6.3.1 Frivillighetspolitikk og planverk

Kommune C sin samfunnsdel i kommuneplanen (Kommune C, 2007a:4) ønsker at folkehelsearbeidet skal skapes i et helsefremmende perspektiv. Det innebærer blant annet at folkehelsen skapes i et samarbeid mellom kommunen, frivillige lag og foreninger og andre aktører. Forholdene skal legges til rette for at hver enkelt ut fra sine ressurser og ønsker kunne ha best mulige forutsetninger til å ta vare på egen helse.

Den årlige økonomi og budsjettplanen (Kommune C, 2009) blir fremhevet av respondentene fra kultur som et eksempel på et kommunalt dokument hvor samarbeid med frivillige lag blir fremhevet. Kulturkontoret bruker økonomi og budsjettplanen som redskap å jobbe etter, med målsetninger for de fire neste årene. Representantene vektla viktigheten av at handlingsprogrammet til de enkelte virksomhetene og kommuneplanens samfunnsdel hang sammen; *”Det at det skal være linker mellom kommunedelens samfunnsdel og handlingsprogrammet til hvert enkelt tjenesteområde”*. Respondentene fra kulturkontoret uttalte følgende om samfunnsdelen: *”Altså at vi har et sånn klart mål i kommunens samfunnsdel at vi skal samarbeide med lag og foreninger, det står vel ikke akkurat som et mål der, men er en forutsetning for å nå målene”*.

Kommunen har på lik linje som de to andre kommunene også en kommunedelplan som utgangspunkt for frivillighetspolitikken; *”Det eneste politiske mål som er på en måte registrert er jo at vi har en kommunedelplan for idrett og friluftsliv - Idrett, fysisk aktivitet og friluftsliv 2007-2010”*. I denne planen er blant annet St. meld. nr 14 (1999-2000) og St. meld. nr. 16 (2002-2003) brukt som grunnlag for utarbeidelse av planen. Kommunen opererer med et mål om å videreføre og utvikle fysioteket gjennom målsetninger i kommunens kommunedelplan for idrett, fysisk aktivitet og friluftsliv (Kommune C 2007b:12-13); *”å tilrettelegge for fysisk aktivitet og friluftsliv for hele befolkningen”*. Videre har kulturkontoret en handlingsplan og et handlingsprogram. De vektlegger at handlingsprogrammet ikke skal være for ambisiøst, slik at de aldri når målene sine. Handlingsprogrammet ble på kulturkontoret regnet som både politisk og administrativt verktøy. I handlingsprogrammet står følgende: *”videreutvikle samarbeid med lag og foreninger, knytte enda bedre kontakt”* (Kommune C, 2009:29). Og videre nevnes muntlig:

*”Det er et annet punkt her, ivareta, markedsføre friområder i kommunen i samarbeid med lokalsamfunnsprosjektet. Det vil si at vi skal videreutvikle det gode samarbeidet med xx [navn på organisasjon] som er en arbeidsmarkeds bedrift her i xx [kommunen], lag og foreninger og enkeltpersoner”*.

Kulturkontoret ønsket å vektlegge at utover selve handlingsprogrammet er også dette viktig; ”....det er jo det som nedtegnes i det praktiske arbeidet som på en måte teller da. Som viser resultatene”.

Fysiotekaren i kommune C var i likhet med de to andre fysiotekarene i liten grad opptatt av kommunale planer. Fysiotekaren viste til en egen handlingsplan for folkehelse de hadde i kommunen. Planen omhandler kommunens planer, prosjekter og tiltak innenfor folkehelsearbeidet, hvor fysioteket er en del av arbeidet. I handlingsplanen henvises det til Ottawacharter for Health promotion fra 1986 hvor det ble framholdt at folk ikke kan oppnå optimal helse uten at de er i stand til å ha styring over de forhold som bestemmer deres helse. Det er først når folket selv får medansvar for, og deltagelse i de prosesser som påvirker deres helse, at folkehelsearbeidet kan lykkes (Kommune C, 2008:18). Videre ble også Stortingsmelding nr 16. (2002-2003) og erfaringsrapporten fra Engedal m. fl. (2008) brukt som arbeidsdokument for fysioteket. Fysiotekaren følte seg forpliktet til å følge erfaringsrapporten, da den var utarbeidet av blant annet fagkoordinatoren for fysiotekmodellen i Oppland.

### ***Involvering av frivillige lag***

Jeg har spurt hvor mye lagene blir involvert i arbeid med kommunens planverk for frivillighet. Kulturkonsulenten med ansvar for idrett fortalte at innen for kommunedelplan for idrett mente de frivillige lagene hadde fått stor innflytelse:

*”Du kan si, det planarbeidet jeg har vært med i [kommunedelplan for idrett] der vi hadde en revidering i fjor. I forkant av revideringen inviterte vi alle lag og foreninger til å sende inn skriftlig forslag til endringer eller ting som skulle være med i kommunedelplan. Så når den fristen gikk ut inviterte vi samtlige lag og foreninger som var invitert til høring til møte. I dag må vi si at det ikke var så mange lag og foreninger som møtte, men de var i hvert fall invitert”.*

Utover en slik masse mønstring ble i hovedsak idrettsrådet i kommunen brukt som høringsinstans. Store deler av kommunen ble også engasjert i arbeidet med kommunens samfunnsdel:

*”Når det gjelder kommuneplanen, spesielt samfunnsdelen ble det vel i 2007 gjennomført grendevise møter. Rundt hele kommunen. 10 forskjellige steder. Det var et kjempestort arbeid hvor det på en måte de som skulle ha redigeringsarbeidet med den nye samfunnsplanen og hvor man fikk folk i tale om hva som var ønskelig og hvor skoen trykker i de forskjellige delene og hva man kunne ønske”.*

*”Det man også kan si om de møtene, var at de hadde utrolig stor oppslutning. Det var mye folk som var tilstede. Så du kan si det var en veldig sånn.. veldig demokratisk prosess hvor på en måte, demokratisk i ordets rette forstand hvor folk kom og fikk si sin mening der og da”.*

Kommune C er den eneste av de tre kommunene jeg har studert som har en kommunal folkehelseplan, og denne planen blir vektlagt av fysiotekaren.. Respondentene fra kultur brukte også et årlig handlingsprogram som grunnlag for sitt daglige virke. I likhet med kommune A vektlegger kommunen ulike kommuneplaner. Fysiotekaren nevner rapporten fra Engedal m. fl. (2008), og er eneste fysiotekaren som bruker denne.

### **6.3.2 Rammer, struktur og ansvarsfordeling**

#### ***Samarbeid mellom kommune, fysiotek og frivillige lag***

Representantene ved kulturkontoret i kommune C sier de frivillige lagene er selve ryggraden i kulturlivet i kommunen, og i så måte er veldig viktig å samarbeide med for kulturkontoret; ”*Vi har jo en utrolig desentralisert kommune. Har jo hatt en desentralisert skolestruktur som gjør at mange bygdesamfunn lever litt sånn sitt liv med sine organisasjoner*”. Kommunen samarbeider med frivillige lag i flere prosjekter, blant annet løypekjøring på vinteren. Kommunen står ansvarlig for kjøring av et stamnett av skiløyper, mens frivillige lag kjører resten. Kommunen har en ordning med gratis bruk av kommunale idrettsanlegg, og kulturkontoret organiserer utleie av anleggene på kveldstid. Videre samarbeider kommunen med flere idrettslag om både sykkel - og skiturer for kommunens innbyggere.

Fysiotekaren støtter seg veldig til erfaringsrapporten fra Engedal m. fl. (2007) og anbefalingene fra fylket i sin begrunnelse på hvorfor fysiotekene bør samarbeidet med frivillige lag. Aktivitet på grasrota, aktivitet blant kommunens innbyggere og engasjement i kommunen er noen av argumentene fysiotekaren nevner. Vedkommende mener også det er utrolig viktig å få brukerne til å ta tak i sin egen livsstil og levemåte, da det faktisk er den enkelte som må gjøre en innsats sjøl;

*”Ja, det er vel det som er tanken og ønsket at folk må yte noe sjøl. Det er jo ikke sånn at de skal komme for å bli trent, de må jo endre seg sjøl. Og det må en i bunn og grunn finne ut selv. Det er mange som kan si hva du bør gjøre, men ingen kan tvinge deg eller å overbevise noen hvis du ikke vil selv”.*

Fysiotekaren ønsker å unngå at brukerne skal bli avhengige av et fastlagt treningsopplegg i regi av kommunen, og argumenter for det; ”*For det er jo livsstilsendringer som er medisinen.... ja det skal jo skje på fritiden*”.

Fysiotekaren mener at kanskje flere lag og foreninger kan se ”*viktigheten av å ha tilbud for vanlig mann i gata*”, og ikke bare for barn og unge”. Ved å utvide aktivitetstilbudet i lagene kan det kanskje bli et større engasjement i kommunen rundt folkehelsearbeid. Fysiotekaren anbefaler

ikke at det opprettes egne grupper i de frivillige lagene, men heller at brukeren inngår i det allerede eksisterende tilbudet;

*”Da sjukeliggjør en litt de som særegen gruppe, og det vil jo være med å stigmatisere litt. Vi ser jo det med tanken om fysisk aktivitet som behandlingsmetode stort sett ikke trenger å skille ut denne gruppa her. Det er fysisk aktivitet som er greia, og det kan man greie å være med i del fleste lag og foreninger. Det viktigste er ikke hva man gjør, men at man gjør noe. Det er jo i tråd med de kriteriene eller forslagene med den rapporten jeg nevnte. At aktiviteten skal skje i laget ikke skal gå på bekostning... at det ikke skal være noe nytt som skal opprettes bare pga et slikt samarbeid. Det må være i tråd med det som har vært”.*

På spørsmål til det frivillige laget om hvorfor fysioteket bør samarbeide med frivillige lag fikk jeg samme svar som andre lag; *”Ja, det tjener jo både kommunen. Vi får jo folk i bedre form, og får folk ut i arbeid har vi gjort. Sånne ting må jo være positivt. Både for oss og kommunen”.* Videre bruker foreningen samarbeidet med fysioteket til å få flere medlemmer; *”Det er for å få med oss folk. Få folk til foreninger og hjelpe oss med å få jobben ut med det vi driver med”.*

Funnene fra det frivillige laget er ikke altså ikke så forskjellig som i de andre kommunene vi har sett tidligere i kapitelet.

### **Formelt samarbeid**

Kommune C prøver å være initiativtaker på ulike prosjekt; *”Det er at vi ønsker å initiere og dra i gang aktiviteter som kommunen kanskje først er med på å initiere, men hvor vi overlater ansvaret til det enkelte lag etter hvert”.* Kulturkonsulenten mente kommunen i liten grad hadde formelt samarbeid med frivillige lag:

*”Og vi har da, ikke kall det jevnlig møter, men del møter i året hvor vi da ser på, og hvor idrettsrådet har mulighet til å uttale seg om fordeling av midler, prioritering av spillemiddelsøknader osv. så du kan si at det er en etablert link når det gjelder idrett. Men det er jo en vanlig link i alle kommuner. Så noe formelt kontaktpunkter utover det har vi ikke. Men jeg føler at jeg har en veldig god kontakt og sånn med idrettslagene rundt omkring.. Så du kan si at det ligger mer på det uformelle nivået, men der er det kontakt”.*

Jeg synes det er interessant at kommunen bevisst prøver å være initiativtaker til aktiviteter og prosjekter i kommunen, for etter hvert å overlate ansvaret til frivillige lag. Et slikt initiativ kunne jeg ikke finne i noen av to andre kommunene.

Selv om det i liten grad var skriftlige samarbeidsavtaler med frivillige lag, hadde kommunen tre prosjekter de hadde formelt samarbeid med frivillige lag på. Det første prosjektet er et informasjonsskriv som kommer ut til alle huster i kommunen hvor lag og foreninger kan

”reklamere” for sine aktiviteter. Kulturkontoret anser tilbudet som en formalisert arena som det er opplest og vedtatt finnes. Kommunen står for alle kostnader knyttet til trykking og utsending. Viktigheten av informasjonsskrivet ble fremhevet slik:

*”Vi ønsker enda mer kontakt inn mot lag og foreninger når det gjelder å benytte seg av blant annet kulturnytt. At det er liksom, vet at det er et forum som er viktig å kunne formidles via. Jeg tror at lag og foreningsdrift er helt avgjørende for vekst og utvikling i bygde-Norge”.*

Kommunen har et ”helsetorg” i rådhuset hver høst hvor alle lagene kan ha stands. Der kan lagene profilere seg og vise fram hva de gjør, knytte kontakter og rekruttere medlemmer. Tredje prosjektet handler om ”Aksjon turmål” hvor kulturkontoret har en skriftlig avtale med 11 forskjellige lag om å drifte 1-3 turmål. Lagene forplikter seg til å merke stier og holde ei tradisjonell turmålkasse ved like. Her skriver kulturkontoret og det enkelte lag en skriftlig avtale hvor laget plikter seg til å ta ansvar for sitt område i en viss tidsperiode. På spørsmål om en slik avtale kan kalles partnerskap svarte kultursjefen slik; *”Ja, det er partnerskap. Avtalen er at de i laget tar på seg å drifte den posten. Så det er ikke mer komplisert som så”.* Flere av prosjektene som kommune C hadde samarbeid med frivillige lag om er basert på folkehelseplanen i kommunen. Blant annet ble en gruppe med fysisk aktivitet for funksjonshemmede barn opprettet; *”Det kan du si er et helt konkret samarbeid som et resultat av den jobben som de har gjort i folkehelsekomiteen og direkte knyttet mot lag og foreninger, altså da gym og turn”.* Videre finnes det også andre aktiviteter som har vært et langvarig samarbeid mellom kommunen og enkelte frivillige lag;

*”Og det er jo klart at vi har arrangementer som er knyttet til lag og foreninger som er vært faste over år som har med folkehelse å gjøre. Det er en sykkeltur som går på åsen, som vi starta med i 1997 da det var kulturminneår forrige gang. Og en skitur som går og på åsen, begge de tinga er ting som da er et samarbeidsarrangement mellom det lokale idrettslaget og kommunen. Så det er flere andre ting hvor vi er inne med lokale lag og foreninger og arrangerer ting”.*

Reumatikerlaget har skrevet en avtale med kommunens fysiotek, og samarbeidet har vart i ca tre år. Laget hadde ikke noe behov for ytterligere avtale enn fylkets standardavtale; *”Nei, jeg føler ikke behov for det. Jeg synes det går veldig greit jeg. Det fungerer vel bra for oss”.* Hvis noe skulle dukke opp tar de endringer på telefon. Samarbeidet startet ved at fysiotekaren tok kontakt med foreningen, og spurte om det var plass til noen brukere fra fysioteket. Reumatikerforeningen har ingen planer om å avslutte samarbeidet med fysioteket, men tilgangen på varmtvannsbasseng kan ødelegge tilbudet.

Fysioteket har i utgangspunktet skrevet en skriftlig avtale med noen frivillige lag i kommunen, hvor de har brukt standardavtalen til fylkeskommunen. Utover den skriftlige avtalen er muntlig informasjon det som er mest brukt av fysiotekaren;

*”Hvis det er en person som har lyst til å bli med på ei gruppe, så ringer jeg opp kontaktpersonen og sier at det er en ny en som vil begynne i gruppa di, så vær litt oppmerksom på det. Det kommer en ny en nå på tirsdag. Og det er på mange måter det. Etter hvert vil vi jo få tilbakemelding fra brukeren på om den er med der, og om han ønsker å bli med videre”.*

### **Felles møteplass:**

I likehet med kommune B arrangerer kommune C en årlig felles møteplass for de involverte lagene i fysiotekmodellen hvor det informeres om ulike prosjekter og økonomiske midler som det kan søkes på; *”For eksempel er det lyst ut noen midler fra fylket, lavterskelmidler og interessert i å høre om noen lag er interessert å søke på det, og informere om at de kan søke på midler hvis de tilrettelegger for spesielle målgrupper”.* Fysiotekaren ønsker at lagene samles for å utveksle erfaringer. På disse møtene er gjerne også folkehelse - og / eller FYSAK - koordinatoren i kommunen for å informere om kommunens generelle folkehelsearbeid.

### **Oppsummering**

Jeg har nå presentert funn fra datainnsamlingen i de tre kommunene jeg har studert. Jeg har funnet mange likheter, men også noen ulikheter. Alle respondentene fra kultur og fysiotekene var positive til samarbeid med frivillige lag, og anså det som en nødvendighet for å lykkes med folkehelsearbeidet. De frivillige lagene er i utgangspunktet positive til å samarbeide med fysioteket, men de er også litt usikre på hva framtiden vil bringe. Blant annet er fysioteket i kommune A det eneste fysioteket som ikke har skriftlig avtale med alle sine lag. Kommune B bruker generelt mindre kommunale planer og andre offentlige dokumenter enn de to andre kommunene.

## **7 DISKUSJON AV FYSIOTEKENES SAMARBEID MED FRIVILLIGE LAG**

Jeg vil i dette kapitlet diskutere funnene og empirien fra de kvalitative intervjuene og dokumentstudiet fra kommunene. Diskusjonen skal gjøre meg i stand til å svare på problemstilling nr. to. Selve problemstillingen er tredelt, så jeg velger å dele diskusjonen opp i tre deler. I første del vil jeg ta for meg spørsmålet om de kommunale fysiotekene klarer å involvere lokale lag og foreninger til samarbeid. Videre skal jeg ta for meg årsaker til at fysiotekene og de frivillige lagene ønsker å samarbeide med hverandre, og hvilke forhold som er avgjørende. Til slutt skal jeg se om samarbeidet som eventuelt eksisterer kan karakteriseres som et partnerskap med utgangspunkt i ulike forutsetninger til Hjære (2005).

### **7.1 Involvering av frivillige lag**

I kapittel fire viste jeg til en stor økning av Opplandsresepter, fra 95 resepter i 2006 til 471 i 2008, gjeldene for alle kommuner med fysiotek og ikke bare de tre kommunene jeg har studert. I følge årsrapporten for fysioteket 2008 (Øverby Helseportssenter m. fl. 2009:15) oppgir 302 brukere av Opplandsresepten i alle fysiotek i Oppland at de deltar i organisert aktivitet. Organisert aktivitet i denne sammenhengen innebærer trening på treningssenter og stryketrening inkludert trening i sal. Tallet på antall brukere stemmer ikke nødvendigvis med antall brukere i de forskjellige aktivitetene, da noen brukere oppgir at de er med på flere aktiviteter, og blir dermed telt flere ganger. Dette kommer fram når nesten 350 personer oppgir at de gjennomfører egenorganisert aktivitet, og ca 230 personer oppgir fottur som egenorganisert aktivitet de bruker mest tid på, mens sykkel og ”annet” følger deretter. Totalt sett er det flere personer som går på treningssenter eller går tur på egenhånd enn personer som deltar i aktivitet i regi av frivillige lag (Øverby Helseportssenter m. fl. 2009:16).

Tallene fra Opplandsresepten er i stor grad samsvarende med hva vi finner i Danmark og Sverige. Blant deltakerne i ”Motion og Kost på recept” i Danmark viser det seg at det er svært få som velger å trene i et idrettslag, men egenorganisert trening og trening på treningssenter er mer populært (Roessier m. fl. 2006:17-18). I Sverige viser en undersøkelse av brukere av fysisk aktivitet på resept er fottur den vanligste aktivitetsformen med ca 60 % foran vanngymnastikk 26 % og styrketrening 20 % (Leijon og Fornander, 2006:13).



Tidligere har jeg vist til offentlige dokumenter hvor frivillige lag blir fremhevet som viktige for folkehelsearbeid, eksempelvis St. meld nr. 39 (2006-2007) og St meld. nr 16 (2002-2003). Flere av de samme argumentene vi finner i Norge finnes også i Sverige. Leijon og Jacobsen (2006:13) sier at et utgangspunkt for fysisk aktivitet på resept i Sverige er at aktiviteten som pasientene skal delta på må tilpasses de lokale forholdene gjennom samarbeid i nærmiljø og bygge nettverk mellom ulike aktører.

Jeg har dessverre ingen konkret oversikt over hvor mange brukere som har vært med i de forskjellige aktivitetene i kommunene, da årsrapportene fra Øverby Helsesportssenter ikke har en total oversikt basert på tall fra all kommunene. Rapporten er ikke delt inn kommunevis på aktivitetsoversikten. Kommunene jeg har undersøkt har varierende antall brukere og frivillige lag og foreninger de har samarbeid med. Blant lagene jeg intervjuet var andelen fysiotekbrukere i de enkelte lagene alt i fra ingen til 5-6 brukere. Fysiotekarene hadde heller ingen konkret oversikt, bare en antakelse på antall brukere i frivillige lag. Jeg anslår at i snitt 10 -15 % av alle brukerne i fysiotekene er i aktivitet i frivillige lag.

Ved siden av antall brukere, er det også forskjell mellom fysiotekene jeg har studert på hvor mange frivillige lag de har involvert. Kommune A har muntlig avtale med 12 – 15 lag av ca 30 lag som har fysisk aktivitet som hovedaktivitet. Kommune B har ca 90-100 frivillige lag registrert i kommunen, og av disse har fysioteket skriftlig avtale med 13 lag. Det er ca 35 lag som tilbyr fysisk aktivitet av de 90-100 lagene, resterende lag omfatter musikk, drama, teater osv. Fysioteket i kommune C har avtale med tre av ca 65-70 frivillige lag i kommunen hvorav ca 12-15 lag har fysisk aktivitet som hovedaktivitet. I praksis er det bare ett av lagene, Reumatismeforeningen, som hadde jevn tilstrøm av brukere i kommune C. Med disse tallene vil jeg si fysiotekene har mange potensielle samarbeidspartnere i kommunene, og i forholdsvis liten grad har klart å involvere lag og foreninger. Kommune C skiller seg ut med flest brukere og et stabilt samarbeid med 13 lag. Kommune A har samme antall lag de har muntlig avtale med, men har langt færre brukere.

### **7.1.1 Tidsperspektiv**

Så lenge fottur på egenhånd og trening på treningssentre er de aktivitetene som er mest brukt blant opplandsreseptbrukere kan jeg ikke på si at fysiotekene i Oppland i stor grad har klart å mobilisere og involvere frivillige lag. Det kan derimot tyde på at bruk av frivillige lag virker som en legitimering av modellen, og ikke har grunnlag i virkeligheten. En grunn kan være at

fysiotekarene ikke er pålagt å rapportere antall lag de har samarbeid med til fylkeskommunen og Øverby Helseportssenter. Så lenge fysiotekene ikke har noe krav på seg til å inngå flere avtaler med frivillige lag vil de kanskje nedtone det etter en stund. Jeg har inntrykk gjennom intervjuene at fysiotekarene brukte tid i oppstartsfasen av fysioteket på å skaffe kontakter i frivillige lag, for deretter å ha fokus på brukerne. Når bruken av frivillige lag ikke er så veldig omfattende i kommunene, kan jeg stille spørsmål om det er noe poeng å bruke tid og krefter for fysiotekarene på å ha et samarbeid med lagene i kommunene. Fysiotekaren i kommune A var veldig opptatt av at de ikke måtte skrinlegge samarbeid med de frivillige lagene, selv om de ikke hadde kjempestor pågang akkurat på intervjutidspunktet. Det tar tid å innarbeide rutiner i kommunen, så mye kan skje framover. I kommune C mente fysiotekaren at fysiotekmodellen hadde et stort potensial til å bli en vellykket modell, men at de trengte litt tid.

Kommune B har lyktes godt i sitt arbeid med fysioteket, og fysiotekaren hadde mange forklaringer på hvorfor de hadde så mange brukere av fysioteket, samt hva som skal til for at fysiotekmodellen skal fungere bedre, og hvilke muligheter de har;

*”Jeg vet ikke hva som gjør det, hva som er suksessfaktor i den grad vi skal bruke begrepet suksessfaktor, men det å jobbe jevnt og trutt med det, og det å ha tid nok til å gå inn i det. For det er jo en kjensgjerning at hvis du skal få til et veldrevet fysiotek på 20 % er det en utfordring”.*

Fysiotekaren mener et av suksesskriteriene i kommune B er å jobbe sammenhengende over lang tid. Det tar lang tid å innarbeide en ny modell i kommunene, og mange aktører skal involveres. Blant annet er legene sentrale, da de må tro på effekten av modellen så de skriver ut resepter, og fysiotekaren må ha tid til å ta seg av brukerne gjennom motivasjonssamtaler og oppfølgingssamtaler. I kommune B hadde alle legene i kommunen tatt i bruk reseptblokk på fysisk aktivitet og henvist mange til fysioteket. Uten at legene skriver resepter hjelper det ikke hvor mange frivillige lag eller treningssentre som står klare til å ta i mot brukerne. Fysiotekaren har møte med legene i kommunen minst en gang i året for å gi tilbakemeldinger, og diskutere erfaringer og muligheter. Videre har fysiotekmodellen i kommunen blitt godt forankra både politisk og administrativt i kommunen. Media har også vært brukt som en viktig kommunikasjonskanal ut til befolkningen i kommunen. Fysiotekaren i kommune B har nesten sluttet å markedsføre tilbudet siden mange av innbyggerne i kommunen kjenner til tilbudet gjennom artikler i lokalavisa. Gjennom suksesshistorier blir folk kjent med Opplandsresepten. I kommune B har de kommet så langt at folk selv spør etter Opplandsresepten hos legen sin; *”I dag så er det ikke slik at det nødvendigvis er legen som må vite han skal skrive ut resept. I dag*

*kommer naboen til Bjørg og spør etter Opplandsresepten, for han har hørt at Bjørg har hatt gode opplevelse av det”.*

Fysiotekaren i kommune A uttrykte ” *det er dette jeg har fått til så langt*” og håpet å kunne bruke mer tid på de frivillige lagene når modellen får satt seg litt mer i kommunen. Samtidig ønsker vedkommende at kommunepolitikerne fortsetter å satse på folkehelsearbeid. Når fysiotekaren ikke har mer tid å bruke på lagene, mener jeg fokuset er på brukerne og ikke lagene. Det er ikke fokus på å inngå samarbeid med flere lag, men en utvidelse av antall lag må komme som en følge av forespørsel fra en bruker. Jeg mener et slikt fokus er tvunget fram da fysiotekaren ikke har mer tid til rådighet. Det er i og for seg naturlig at fokuset først og fremst er på brukerne, da det er de som er viktigst og de som skal gjøre livsstilsendringer. Fysiotekaren i kommune C mente at det viktigste er ikke hva brukerne gjør, men at de gjør noe. Med den uttalelsen fikk jeg inntrykk av at fysiotekaren ikke vektla samarbeid med frivillige lag mye, og det gjenspeiler seg i de få lagene fysioteket har samarbeid med.

Erfaringer fra Leijonen og Jacobsen (2006:3, 35) sin undersøkelse om Fysisk Aktivitet på Resept i Sverige viser at det tar lang tid å implementere et nytt arbeidsverktøy i helsevesenet. Først og fremst tar det lang tid å opprette og utvikle en fast struktur og organisasjon til å ta seg av pasientene som har behov for fysisk aktivitet på resept.

### **7.1.2 Samfunnsutvikling**

Kan samfunnsutviklingen de senere årene være en grunn til at brukere i varierende grad bruker frivillige lag til å trene og være i fysisk aktivitet? I kapittel to skrev jeg at folk i stor grad er opptatt av egenorganisert aktivitet, og at medlemskap i lag først og fremst skal gi en mening til den enkelte. Folk er medlemmer i frivillige organisasjoner i kortere perioder enn tidligere, da de gjerne skifter medlemskap etter aktiviteter som passer der og da (St. meld nr. 39 (2006-2007):24). Utviklingen av frivillige organisasjoner har også ført til en økt profesjonalisering og spesialisering av lagene. Fagkoordinatoren for fysiotekmodellen antydte at folk kanskje vegrer seg for å delta i aktivitet i frivillige lag, for de er redd for å måtte ta på seg verv. Enjolras m. fl. (2004:51-53) skriver at de viktigste hindringene til å gi medlemmene et bedre tilbud fra lagets side er mangel på nye frivillige og engasjement hos eksisterende medlemmer. Disse grunnene er større enn både mangel på penger og anlegg. Videre nevnes at styrene i idrettslag bruker mest tid på å skaffe inntekter, mens de ønsker å bruke mest tid på rekruttere medlemmer. Vi hører stadig vekk om den såkalte ”tidspressa” som folk er plaget av. Når folk er presset på tid blir de gjerne restriktive på hva de bruker fritiden sin til. Å få folk til å ta på seg verv er også noe som flere av de frivillige

lagene opplever som et stort problem. Aktiviteten er i stor grad driftet av enkeltpersoner. Som jeg skrev tidligere oppga to-tre av lagene at de ønsket et samarbeid med fysioteket nettopp for å få flere medlemmer, og de håpet noen av disse kunne ta på seg sentrale verv.

En stor forskjell mellom treningssentre og de frivillige lagene jeg har tatt for meg i denne oppgaven er åpningstider og tilgjengelighet. De fleste lagene har aktivitet en eller to ganger i uken på fastlagte tider. Skal folk være med på denne aktiviteten må de møte opp på de faste tidene, ellers må de vente til neste gang. Treningssentrene er derimot mer fleksible på åpningstider da de gjerne er åpne hver dag fra tidlig om morgenen til sent på kvelden. Medlemmene i treningssentret kan dermed komme og gå så mye de vil, og være med de treningsformene de ønsker selv.

Jeg har tidligere vist at av organisert aktivitet er trening på treningssenter den desidert største treningsformen blant brukerne av fysiotekmodellen. Bakken Ulset (2003:27) har i en undersøkelse funnet ut at av de som trener i treningssenter er 70 %<sup>10</sup> kvinner, mens 37 % av medlemsmassen i idrettslag er kvinner. Øverby Helseportssenter m. fl. (2009:11) viste at ca 66 % av brukerne av fysioteket er kvinner, mens 34 % er menn. I følge Roessier m. fl (2006:16) er to av tre som får Fysisk aktivitet på resept i København kvinne og tre av fire over 50 år. Her har jeg vist til tre ulike undersøkelser med omtrent samme funn, så det må ha en sammenheng. Denne oppgaven har ikke fokus på den enkelte bruker, så jeg har ingen konkrete svar på hvorfor brukerne velger de aktivitetene de gjør. Til tross for manglende data jeg mener det grunnlag for å vise at en generell samfunnstrend også kan gjenspeiles blant brukerne av fysioteket.

## 7.2 Årsaker til samarbeid

Hvorfor er det så store forskjeller mellom kommunene og fysiotekene med tanke på antall brukere og forhold til de frivillige lagene? Og hvorfor klarer ikke fysiotekene å henvise flere brukere til de frivillige lagene? Jeg vil nå prøve å diskutere noen av funnene jeg har gjort, og se om jeg finner noen likheter eller forskjeller mellom kommunene som gir svar på spørsmålene mine. Ved å lykkes i å involvere lag og foreninger mener jeg videre at fysiotekene og lagene har jevnlig kontakt, og at lagene får jevnlig tilstrøm av brukere og at de ser nytte av å åpne aktiviteten sin for brukere fra fysioteket.

---

<sup>10</sup> Jeg tar forbehold om at undersøkelsen til Bakken Ulset er fra 2003, og tallene i 2010 kan være annerledes.

### 7.2.1 Kommunale planer

I de tre kommunene jeg har studert finner jeg mange likheter når det gjelder overordnede planverk og frivillighetspolitikk, men jeg har inntrykk av at det ikke var en overordnet politikk eller plan for et samarbeid mellom kommunen og de frivillige lagene. Det var derimot flere planer som omhandlet egne fagfelt hvor viktigheten av et samarbeid med frivillige lag ble fremhevet. Blant respondentene på kultur blir kommuneplanens samfunnsdel og kommunal delplan for idrett (eller tilsvarende tittel) først og fremst trukket fram som de overordnede planene. Begge planene har blitt grundig utarbeidet og vedtatt i kommunestyrene. Det er i disse planene kommunene uttrykker sin overordnede politikk for samarbeid med frivillige lag. Kommuneplanens samfunnsdel ble av respondenten fra kulturkontoret i kommune A fremhevet som sentral da denne planen særlig vektlegger samarbeid med frivillige lag for å lykkes med blant annet folkehelsearbeid (Kommune A, 2007:44). Kommune A hadde også som eneste kommune en kommunal delplan for kultur. Kommune C hadde en årlig handlingsplan de brukte mye tid på å lage for at planen skal være så realistisk som mulig og være mest mulig knyttet til kommuneplanens samfunnsdel. Kommunene A og C snakket om årlig økonomi og budsjettplan som en annen plan de var nødt til følge i sitt daglige virke. Planen gir økonomiske føringer på hvor mye kulturkontorene f. eks kunne gi i støtte til kommunes frivillige lag og foreninger. Gjennom mine intervjuer av kommunene er kommune B den kommunen som var minst opptatt av formelle planer, noe kultursjefen klart påpekte ved å kalle kommunedelplanen for idrett og fysisk aktivitet en ”sleeping buty” som var bortgjemt i en skuff. Kommune C påpekte et poeng som er verdt å merke seg, nemlig at det er den praktiske utførelsen som teller for kommunens innbyggere. Det hjelper ikke at det står mange fine ord i en kommunal plan, hvis det ikke gir nytte for kommunens innbyggere.

Blant fysioterkerne var det litt forskjellig hvor opptatt de var av kommunens frivillighetspolitikk. Fysioterkeren i kommune A mente de først og fremst brukte St. meld. nr 16 (2002-2003) og *Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009* (Departementene 2005) som grunnlag for sitt arbeid i Fysioteket. Vedkommende mente videre det var vanskelig å peke på en konkret plan, da mange av kommunens planer gikk om hverandre. Fysioterkeren var klar over at det var en plan i kommunen som het noe med ”fysisk aktivitet” (Kommune A, 2008b), men vektla ikke denne planen mye i sitt daglige virke. I kommune B var fysioterkeren forholdsvis uvitende til kommunens politikk og planer, og henviste meg videre til helsesjefen for ytterligere informasjon om planverk. Fysioterkerens manglende kunnskap om kommunens planer kan kanskje ha sammenheng med at kulturkontoret heller ikke brukte kommunens delplan for idrett og fysisk aktivitet i sitt daglige virke. Fysioterkeren i kommune C var mest opptatt av å følge folkehelseplanen i kommunen (Kommune C, 2008) og erfaringsrapporten (Engedal m. fl. 2008).

Vi har sett at kulturkontoret i hovedsak bruker kommunale planer som grunnlag for sitt arbeid, mens fysioteket ikke er så fokusert på de samme planene. Fysioteket benytter seg heller av St. meld. nr. 16 (2002-2003) enn av kommunale planer. Noe av argumentet til manglende bruk av kommunens planer er personer med ulike fysiske og psykiske plager gjør at det er mange hensyn å ta for fysiotekaren, så det er umulig å forholde seg til bare noen enkelte planer. Planverk er også et lederansvar, og siden fysiotekaren er lokalisert i enheten for helse er helsesjefen den som har ansvar for at kommunale planer blir fulgt. Respondentene fra kultur er også mer involvert i utarbeidelsen av ulike planer for idrett og fysisk aktivitet, da de faktisk skriver det meste av planen. Det er naturlig at en føler seg mer forpliktet til å følge de planer en arbeider med og skriver selv.

Kommunene har vedtatt å etablere et fysiotek i kommunen så det er naturlig at fysiotekaren følger instruks og planverk som er utarbeidet for fysiotekmodellen på fylkeskommunalt nivå. Kommunedelplanene er gjerne overordnede planer som sier samarbeid med frivillige lag og foreninger er noe kommunen skal vektlegge. Når fysioteket bruker tid på å opprette samarbeid med nettopp frivillige lag og foreninger, må det kunne sies at fysiotekaren følger kommunens frivillighetspolitikk selv om fysiotekaren ikke nødvendigvis er så godt kjent med kommunens politikk og planverk.

Nødland m. fl (2007:27-28) anbefaler kommunene å involvere de frivillige lagene i arbeidet med å lage frivillighetspolitikken og frivillighetsplaner. I alle kommunene er det mange frivillige lag og foreninger, ca 70 – 110 lag, med alt fra idrett, friluftsliv, musikk, velforeninger og teater. Det sier seg selv at kulturkontorene ikke kan samarbeide med alle lagene i utarbeidelse av politiske og administrative planer. Derfor bruker kommunene idretts - og musikkrådene som naturlige og nødvendige samarbeidspartnere. Kultursjefen i kommune B uttrykte viktigheten av å involvere frivillige lag, og kanskje hovedsakelig idretts – og musikkråd, i alle planer og forslag kommunen skal gjøre for kultursektoren. Hvis de frivillige ikke ble involvert ville mest sannsynlig ikke politikerne i kommunen godta planene til kulturkontoret. I forbindelse med arbeid med ny kommunal delplan for idrett inviterte både kommune A og C alle lag og foreninger til å komme med både muntlige og skriftlige innspill til planen. Det var langt fra alle lagene som kom med innspill, men alle lagene var i hvert fall invitert til å ytre sine tanker og meninger.

I alle tre kommunene og fysiotekene er det politiske mål og planer for samarbeid med frivillige lag, men bruken og utførelsen av planene er varierende mellom kommunene. Jeg rangerte

kommune B foran de andre kommunene når det gjaldt involvering av frivillige lag. Det kan ikke være bruk av kommunens planverk eller overordnet frivillighetspolitikk som er årsaken til at kommunen lykkes bedre enn de andre, siden jeg synes denne kommunen hadde minst fokus på planer. De to andre kommunene var mer opptatt av planer og planverk, så det må finnes andre årsaker.

### **7.2.2 Fysiotekarens rolle**

I kapittel tre skrev jeg at fysiotekarene i kommunene har ulik stillingsprosent, fra 20 % til 60 %. Med lav stillingsprosent blir det en avveining for fysiotekarene hvor mye tid de skal bruke på å opprette kontakt med flere frivillige lag kontra å bruke tid på brukerne. Med mange tidkrevende oppgaver sier det seg selv at det er vanskelig å få til et veldrevet fysiotek med en fysioterapeut i 20 % stilling. Ideelt sett burde det vært fysioterapeuter i 100 % stilling i alle kommunene, men at det er vanskelig å få til av økonomiske grunner (Øverby Helse- og idrettskontor m. fl, mars 2009). Størrelsen på stillingene til fysiotekarene er i tråd med hva Hofstad og Vestby (2009:19) fant ut i sin undersøkelse om folkehelsekoordinatorer<sup>11</sup>, hvor 30 % av kommunene har mellom 20 og 40 % stilling og 19 % av kommunene har mellom 41 og 60 % stilling. Kommunene må selv stå for driften av fysiotekene, inkludert lønn til fysioterapeuter. I kamp med andre poster i et stramt kommunebudsjett er det ikke lett å få midler til økte stillinger. Til nå har mange av fysiotekarene forholdsvis lav stillingsprosent, og gjerne vært engasjementstillinger på korte perioder på et år eller to av gangen. For at fysiotekmodellen skal få varig plass i kommunene er fysiotekene avhengig av faste midler over lang tid for å skape langsiktighet og forutsigbarhet for både brukere, leger og frivillige lag. Selv om det blir økte stillinger vil det da automatisk bli flere brukere av fysioteket? Eller skal kommunene vente til behovet er så stort at det er nødvendig med en utvidelse? I kommune B har de gradvis økt stillingsprosenten til fysiotekaren i takt med antall brukere. Siden det har fungert i den kommunen, så kanskje det kan fungere i flere kommuner, men det er avhengig av at kommunen prioriterer å bruke midler på fysioteket.

En suksessfaktor for at brukerne skal endre livsstilen er å bli tatt på alvor, siden brukere av fysiotekmodellen er personer som kan slite med både psykiske og fysiske plager. For å få disse personene til å gjennomføre livsstilsendringer er det viktig at de blir tatt godt i mot og at de blir respektert i alle ledd, fra lege via fysioterapeut og til de frivillige lagene. Brukerne må føle seg verdsatt og at de blir tatt på alvor. Fysiotekarene må være klare og tydelige, men samtidig diskrete i samtale med brukerne. En fysioterapeut mente empati, relasjonsbygging og anerkjennelse av mennesker var de tre viktigste egenskapene i jobben.

---

<sup>11</sup> Folkehelsekoordinatorer har et større ansvarsområde i en kommune, og er ikke det samme som en fysioterapeut.

### 7.2.3 Samarbeid mellom kommune, fysiotek og frivillige lag

Nødland m. fl (2007:29) stiller noen spørsmål om hvorfor kommunene og frivillige i det hele tatt bør samarbeide, og hva de får ut av samarbeidet - "what's in it for me?" Hvis et samarbeid koster mer enn det smaker, bør partene vurdere om de skal fortsette samarbeide eller trekke seg ut. Formålene og ønskene til henholdsvis kommune og frivillig lag er ikke nødvendigvis sammenfallende. Både kommune og frivillige lag bør jevnlig ta en intern evaluering for å se om samarbeidet fungerer slik som det var planlagt, om partene får det utbytte de ønsker. Jeg skal nå ta for meg argumentene til fysiotekarene og de frivillige lagene for å samarbeide, og hva de mener de får ut av samarbeidet.

Blant respondentene fra kultursektoren er behovet for å vise fram et vidt spekter av muligheter for kommunens innbyggere viktige argumenter for å samarbeide med frivillige lag. Kommunene er typiske bygdekommuner med mange mindre grender som "lever sitt eget liv" med ulike frivillige lag. Alle tre kulturkontorene i kommunene fremhevet først og fremst økonomisk støtte til de frivillige lagene som sitt hovedbidrag til frivilligheten i kommunen. Kulturkontorene hadde også noen faste arrangement og en del kortvarige engangsprosjekter med frivillige lag. I kommune C er kommunen gjerne initiativtaker til ulike prosjekter de samarbeider med de frivillige lagene om. På sikt ønsker kommunen at lagene skal ta over driften av disse prosjektene på egen hånd. Kommune A ønsker å trekke til seg nye innbyggere ved å kunne tilby et stort antall frivillige lag og foreninger. Kommune B bruker frivillige lag i samarbeid med profesjonelle kunstnere / musikere i arbeid med blant annet årlige konserter. For å få til disse prosjektene, er kommunen helt avhengig av de frivillige lagene av både praktiske og ikke minst økonomiske grunner. Kommunene har ikke økonomi til å drifte kulturelle arrangement uten dugnadsinnsats fra frivillige lag. Kulturkontoret så seg sjøl som den som "får det til å skje", mens de frivillige lagene står for utførelsen sammen med eventuelle profesjonelle musikere.

Fysiotekarene er naturligvis opplært i fysiotekmodellen og hadde i stor grad samme argument for at aktiviteten skal foregå i de frivillige lagene. Ved å bruke lagene får fysioteket spredt brukerne ut over hele kommunen, og ned på grasrota der aktiviteten til daglig skjer. De mener det er uheldig om all aktivitet skal skje i regi av kommunale fysioterapeuter eller annet helsepersonell, noe som kan begrense tilbudene til brukerne. En av fysiotekarene (kommune A) mente det var veldig viktig at fysioteket hadde mange aktiviteter å tilby brukerne, så de ikke ble bundet opp i noen få tilbud som kanskje ikke passet like godt til alle. Sosioøkonomiske forhold er også viktig å tenke på i utvalget av tilbud for brukerne. Det koster forholdsvis mye mer å trene på et



treningssenter enn i et frivillig lag, så det er ikke sikkert alle brukerne har råd til medlemskap på treningssentre. Fysiotekaren i kommune C mener det er viktig at den enkelte bruker gjør en innsats sjøl og ikke er på trening for å bli trent, men å trene. Målet med Opplandsresepten er livsstilsendringer. I et ”normalt” liv må trening foregå på fritiden, og gjerne på kveldstid. Ved å ha mange ulike tilbud, er sannsynligheten for at brukeren finner en aktivitet som vedkommende har lyst til å trene over en lengre periode.

De frivillige lagene har litt forskjellige argumenter for at de skal samarbeide med fysioteket. Fleridrettslaget i kommune A og breddeidrettslaget i kommune C uttrykker at de ønsker flere medlemmer eller vise fram laget sitt. Frivillighetssentralen i kommune B, og LHL - og reumatismelagene ønsker å vise at en bryr seg om medmennesker som sliter med sykdom eller lignende. De eksisterende medlemmene i LHL - og reumatismelagene har som regel allerede samme problemer som brukerne fra fysioteket, og ønsker å nå ut til flere med samme sykdom. Fleridrettslaget i kommune A mener også det er for dyrt at kommunene skal drive aktivitetstilbud for befolkningen. De mener heller at idrettslag kan utvide aktiviteten sin og ha aktiviteter og tilbud for hele befolkningen og ikke bare for de som vil vinne medaljer og oppnå toppresultater. Derfor bør lagene også tilby aktiviteter til en større del av befolkningen, og da gjerne gjennom et samarbeid med både fysiotek, skolehelsetjeneste og andre helsetjenester i kommunene. Fleridrettslaget i kommune B mente fysioteket bør benytte seg av aktiviteter som allerede eksisterer i kommunen, og ikke opprette noe egen aktivitet. Nødland (2007:29) sier samarbeid med frivillige lag må komme som et tilleggsgode for lagene og være noe laget kan få nytte av i ettertid. De frivillige lagene har egen aktivitet som ikke nødvendigvis samsvarer med hva fysioteket eller kommunen ønsker. De frivillige lagene må heller ikke føle seg ”tvunget” til å samarbeide med fysioteket. Jeg vil si at mange av funnene mine viser at de frivillige lagene i all hovedsak styrer sin egen aktivitet uten innblanding eller innspill fra fysioteket. En grunn til dette kan være at aktiviteten i lagene går sin vante gang selv om det er brukere fra fysioteket der eller ikke. Aktiviteten er i første rekke startet opp for medlemmene i laget, og ikke for brukerne fra fysioteket. Funnene her er ikke ulike funnene til Bergem m. fl. (2010:32), hvor kommunene er tilbakeholdne til å stille spesifikke krav til frivillige organisasjoner de samarbeider med. Unntak gjøres når frivillige lag mottar økonomiske midler hvor kommunen forutsetter at midlene brukes som avtalt. Jeg skal diskutere økonomiske forhold litt senere i oppgaven, så jeg kommenterer ikke det noe mer her.

Jeg mener det er to hovedgrunner til at frivillige lag ønsker å samarbeide med fysiotekene. For det første ønsker lagene å øke medlemsmassen i laget for å styrke lagets aktivitet. Brukerne fra

fysioteket skal inngå i den ordinære aktiviteten, og bli integrert som ordinære medlemmer. Ved å øke medlemsmassen er det med på å gi lagene inntekter, og kanskje få flere til å ta på seg verv. Det andre punktet handler om at lagene ønsker å hjelpe fysiotekene med å tilby aktivitet til de som trenger hjelp. Jeg velger å kalle det å løse ett oppdrag på vegne av fysioteket. Selv om noen lag er interessert i å "løse oppdrag" er de ikke nødvendigvis interessert å opprette spesielle tilbud til særskilte grupper. Solveig Flermoen (2006) har i en undersøkelse evaluert lokalt arbeid med Opptrappingsplanen for psykisk helse. Undersøkelsen (Flermoen, 2006:139) viser at det i svært liten grad er etablert noe samarbeid mellom kommune og lokale kultur og friluftorganisasjoner. Grunnen til lav oppslutning om samarbeid med kultur og fritidsorganisasjoner viser seg å være liten vilje eller evne til å involvere seg fra lagenes side. Lagene jobber stort sett med sitt eget, og eventuelle positive inkluderingseffekter må komme som ringvirkninger av dette, og ikke som et tillegg til eksisterende tilbud i lagene. Nødland m. fl (2007) har som jeg diskuterte litt tidligere mye av den samme anbefalingen.

#### **7.2.4 Brukernes fysiske tilstand**

Personer med resept på fysisk aktivitet får resepten fordi de sliter med en eller annen form for fysisk plage. Oversikt fra Øverby Helsesportssener m. fl. (2009:17) viser at ca 45 % av brukerne av Opplandsresepten i 2008 også gikk til behandling med fysioterapi eller tilsvarende. Når nær halvparten av brukerne har behov for slik behandling, er det kanskje naturlig at de ikke har lyst eller mulighet til å delta i tradisjonelle idrettsaktiviteter som frivillige lag tilbyr. Fysiotekaren i kommune A mener annen sykdom eller tileggsdiagnose kan være en grunn til at folk ikke velger å delta slike aktiviteter;

*"De som har skjelett og muskellidelser føler at sånn håndball og fotball kan bli litt skummelt. Men ut i fra den diagnosen mange av dem jeg har fått henvist foreløpig har en god del... ja, kroppslige plager som gjør at de ikke bør delta på fotball, håndball eller volleyball. Når det er ballspill er det kanskje naturlig at ikke mange velger akkurat den aktiviteten. (...) Jeg vil jo ikke anbefale dem det sånn ut fra faglig ståsted".*

Funnene fra kommunene er i tråd med årsrapport fysioteket i 2006 (Øverby Helsesportssenter m. fl 2007), hvor flere av fysiotekene opplever at pasientene ikke finner egnede aktivitetstilbud i lokalmiljøet. Fysiotekarene merker også at de som kommer til motivasjonssamtale ikke er forberedt for deltakelse i frivillige lag og foreninger sammen med andre. Terskelen blir for høy, som noen av respondentene nevnte. For å dekke opp dette behovet har noen av fysiotekarene startet aktivitetsgrupper i regi av fysioteket / kommunen. (Øverby Helsesportssenter m. fl. 2007:9). Kommunene har også egne tilbud på fysisk aktivitet. Blant annet er det en gågruppe i regi av psykisk helsetjeneste i kommune A. Det er henvist et fåtall brukere av Opplandsresepten

til denne aktiviteten. Videre nevner fysiotekarene at det er fysioterapitjeneste i kommunene som mange av brukerne benytter seg av, men det mener jeg ikke direkte kan karakteriseres som noe konkurranse mot aktiviteten i de frivillige lagene. I kommune B har fysioteket et eget tilbud for en særskilt gruppe personer med sterk fedme. De følte seg ikke ”velkommen” eller ”passet ikke inn” i noe av de aktivitetene som fantes i kommunen, og dermed tok fysiotekaren grep og startet et eget tilbud; ”Som en følge av det så har vi starta grupper, men det er i kommunal regi for å dekke bedre på de områdene hvor det er mangler på”.

Funnene fra kommunene og fysiotekene kan tyde på et behov for differensierte tilbud, da folk har behov for ulike aktiviteter og opplegg for fysisk aktivitet. Fysiotekene må tilby flere aktiviteter for å oppfylle brukernes ønsker. Hovedmålene for fysiotekene er å få folk i aktivitet og gjennomføre en tremåneders periode med trening. Målet med treningen er naturligvis å få folk til å gjennomføre livsstilsendringer. Målet til fysiotekene er ikke nødvendigvis å inkludere flest mulig lag, og det gir seg utslag i at fokuset på de frivillige lagene ikke er så stort fra fysiotekarenes sin side.

Aktiviteten som lagene tilbyr passer kanskje ikke så godt for personer fysiske plager. De aktivitetene som er mest brukt av brukerne fra fysioteket er gjerne lavterskeltilbud med lav intensitet og enkle øvelser. Eksempelvis fotturer, styrketrening i gymsal eller trening i basseng er aktiviteter som er populære. Ballspill eller aktiviteter med høy intensitet og kompliserte bevegelsesmønstre passer ikke godt. For mange brukere har derimot LHL - eller reumatismeforeninger aktiviteter som passer veldig bra. Flere av brukerne fra fysioteket er målgruppen for disse lagene, og brukerne kan gå rett inn i aktiviteten. Respondentene fra lagene jeg intervjuet, mente et samarbeid med fysioteket kunne gi tilgang på folk med hjerte og lungeproblemer. Lagene opplevde vanskeligheter med å få tilgang på opplysninger på syke innbyggere i kommunen pga taushetsplikt hos legene, og derfor anser de et samarbeid med fysioteket som veldig bra.

### **7.2.5 Sosiale forhold**

I kommune B var de veldig opptatt av å ha et rikt kulturliv så innbyggerne kunne ha mange muligheter til fritidsaktiviteter. Kultursjefen mente det var en fordel for folkehelsen i kommunen med mange tilbud. Et annet poeng som en av fysiotekarene påpekte var det sosiale miljøet rundt mange av treningene. Mange av lagene har sosialt samvær med mat og drikke etter treningen, og turgruppene hadde til og med matpause underveis. Jeg har tidligere definert folkehelse som noe mer enn bare fysisk god helse. Opplevelse av mestring, god selvfølelse, menneskeverd, trygghet,

respekt og synlighet er punkter som også er sentrale når det er snakk om folkehelse. NOU (1998:18 s 18) trekker fram betydning av frivillig innsats:

*”Frivillig innsats har en egenverdi gjennom å skape identitet og tilhørighet i et sosialt nettverk. Deltakelse i frivillig arbeid representerer for mange sammenhenger der de får delta og blir tatt på alvor, der de kan realisere ulike sider ved seg selv og være til nytte for andre”.*

Ved å ha sosialt opplegg i forbindelse med treninger skapes sosiale møteplasser for brukerne utover selv treningen ved å komme seg ut og møte folk i forbindelse med treningen. For mange av brukerne av Opplandsresepten og fysioteket vil det å møte opp på en trening i regi av et frivillig lag være en helt ny opplevelse, og gjerne noe de gruer seg til. En respondent fra et frivillig lag hadde erfaringer med folk som grudde seg:

*”Sånn i forhold til de vi har tatt i mot, så er det flere som har grua seg fryktlig. Men de finner ut at det ikke var så farlig allikevel. Kommer de i gang er det greit, men dørstokkmila er tung for mange”.*

En respondent fra et annet frivillig lag hadde omtrent samme erfaringen:

*”Det er det her med terskelen. Det er en terskel å overvinne seg sjøl. Mange har jo kanskje ikke drevet så aktivt med fysisk aktivitet sjøl, så jeg tror det er en stor terskel for mange å komme seg ut av huset sitt, og starte opp med noe aktivitet. Sånn føler jeg det da”.*

I følge offentlige myndigheter blir frivillige organisasjoner regnet som sosiale møteplasser som gjør det mulig å dyrke felles interesser. Deltakelse i frivillige organisasjoner kan bidra til sosial inkludering hvor det er muligheter for å utvikle vennskap og bli inkludert i et større sosialt fellesskap (St. meld. nr. 39 (2006-2007:71). St. prp nr. 67 (2006-2007:51) viser til kommunenes forhold til frivillig sektor, og betydningen av et samarbeid. Frivillig arbeid eller deltakelse i frivillige lag blir ansett som en god mulighet til å vise engasjement i fellesskap, og på en slik måte delta i et sosialt fellesskap. Sosialt velvære er også viktig, først og fremst for personer som tilbringer mye tid alene. Fysiotekaren i kommune B snakket varmt rundt det sosiale med treningene. Vedkommende viste til et avisutklipp fra en lokalavis hvor en bruker var intervjuet, og uttalte at hun hadde *”fått resept på venner”*. Gleden av å møte nye folk og få en større omgangskrets var for mange med på å takle hverdagen lettere. Funnene jeg har presentert har store likhetstrekk med svenske erfaringer, da pasientene ved siden av forbedring av fysisk form også får en økt livskvalitet gjennom flere nye venner og bedre sosial støtte (Leijon og Jacobsen, 2006:5). De snakker også om en snøballeffekt hvor pasienter oppfordrer venner og familie til økt fysisk aktivitet, som gjør at ringvirkningene kan bli gode.

### **7.3 Partnerskap mellom fysiotek og frivillige lag**

Jeg skal nå diskutere om samarbeidet mellom fysiotekene og de frivillige lagene kan karakteriseres som partnerskap. Diskusjonen skal jeg gjøre med bakgrunn i Hjøere (2005) sine forutsetninger for partnerskap, verdibaserte forutsetninger, organisatoriske forutsetninger og forutsetninger i prosessen. Et spørsmål som er relevant å spørre i denne sammenhengen er; hvilken grad kan fysiotekene forvente at frivillige lag skal binde seg til sterkt bindende formelle avtaler? Både Bergem m. fl. (2010) og Nødland m. fl (2007:29) stiller spørsmål om formalisering av samarbeid mellom kommune og frivillige lag. Nødland sier i utgangspunktet at samarbeidet bør organiseres som partnerskap, men han sier også at det kan diskuteres hvor formalisert samarbeidet bør være. Slik jeg har brukt partnerskap i første del av oppgaven er partnerskap en sterkt formalisert samarbeidsform. Gjennom intervjuene mine har respondentene i svært liten grad brukt begrepet partnerskap om sitt samarbeid. Fysiotekar i kommune A nevner så vidt at partnerskap er et virkemiddel når kommunen skal samarbeide med frivillige lag. Ut over dette ene eksemplet er det ingen av fysiotekarene eller respondentene fra de frivillige lagene som brukte begrepet partnerskapsavtale om avtalen de har med hverandre. Aktørene brukte heller begrep som samarbeid og samarbeidsavtaler. Til tross for liten bruk av partnerskapsbegrepet blant aktørene i fysiotekmodellen mener jeg likevel det er mulig å snakke om samstyring gjennom partnerskap mellom fysiotekene og de frivillige lagene.

#### **7.3.1 Verdibaserte forutsetninger**

Et sentralt poeng med partnerskap er involvering av flere aktører. Det må i høyeste grad gjelde for fysioteket, siden de samarbeider med flere lag. Riktignok er samarbeidet kun i form av to parter, fysiotek og det enkelte lag. Det er lite eller ikke noe samarbeid og kontakt mellom de ulike lagene. Det kan derfor ikke karakteriseres som et stort nettverk av aktører på lokalt nivå, men heller mange små ”en til en avtaler”. For at lagene skal kunne ha en partnerskapsavtale er det sentralt at aktørene har et felles mål om å hjelpe kommunens befolkning til livsstilsendringer. Ved at lagene i det hele tatt har inngått et samarbeid har aktørene en stor vilje av å samarbeide. Ingen av aktørene føler seg presset til å delta i samarbeidet med fysiotekene, de så heller mange fordeler. De frivillige lagene bruker blant annet samarbeid med fysioteket til å vise seg fram for kommunens befolkning, og på den måten håper de å få større medlemsmasse. Et frivillig lag i kommune A mente det er unødvendig at kommunen skal bruke tid og ressurser på å ha aktivitetsgrupper for innbyggerne i kommunen. Laget mener heller de enkelte idrettslagene må ta et større ansvar for befolkningen i kommunen og utvide aktivitetstilbudet slik at det favner en større del av kommunens innbyggere.

I teorikapitlet snakket jeg om forskjellige typer av samarbeid og partnerskap mellom offentlige myndigheter og frivillige aktører. Særlig synes jeg punkt to for frivillige virke i St. meld nr 39. (2006-2007:24) ”Verdibasert samvirke, der hensikten med støtten er å utløse frivillige ressurser og egenart for å realisere felles mål” passer veldig godt med funnene i denne studien. Hensikten med frivillige lag i fysiotekmodellen er å få folk i aktivitet der aktiviteten skjer, og unngå at offentlig ressurser blir brukt på aktiviteter frivillige lag kan gjøre.

Et av hovedpunktene med verdibaserte forutsetninger er at aktørene har respekt for hverandre. Jeg har diskutert dette tema litt tidligere hvor fysiotekene og de frivillige lagene ikke har konkurrerende aktiviteter, men tilbyr forskjellige aktiviteter. Lagene føler seg ikke som noen ”lillebror” til kommunene eller at de blir ”halvoffentlige” slik Hjære (2005:27) sier kan være en konsekvens ved at frivillige lag inngår partnerskap med en kommune. Hjære (2005:27) sier at lagene må diskutere internt om de er villige til gjøre endringer i aktiviteten sin for å tilpasse seg fysiotekets ønsker og hvor langt de eventuelt er villig til å gå. Et par av de frivillige lagene mente de ikke hadde noe problem med å ta i mot brukerne som kom fra fysioteket slik situasjonen var på intervjutidspunktet. De mente derimot at de måtte vurdere sitt engasjement hvis det skulle bli veldig mange nye på en gang. De måtte da eventuelt utvide treningen eller avslutte samarbeidet med fysioteket.

Et annet poeng er at fysiotekarene møter opp på treninger og viser interesse for de frivillige lagene. Fysiotekaren i kommune B har vært på trening hos alle lagene fysioteket har avtale med, da det er viktig for å kunne vite hva lagene gjør og for å kunne veilede brukerne til den aktiviteten som passer best for dem. Fysiotekaren i kommune B uttalte: ”*jeg har vært ute på alle aktivitetene for å kjenne på egen kropp hva dette er for noe*”. En respondent fra et frivillig lag i kommune A var strålende fornøyd med at fysiotekaren møtte opp på treninger, og gav de tilbakemeldinger; ”*å ha den som støttespiller synes jeg er veldig verdifullt. Det er en trygghet i seg selv*”. Gjennom å møte opp på treninger og bry seg viser fysiotekarene at de er interessert i arbeidet som lagene gjør, og i så måte viser lagene respekt. Kommune B har bevisst skrevet avtaler med sine lag blant annet med argumentet om taushetsplikt, og at lederne i de forskjellige aktivitetene er kjent med fysiotekmodellen og hvordan arbeidet fungerer der. Ved at kommune B har en slik bevisst holdning til sine lag mener jeg de frivillige lagene får stor respekt fra fysioteket.

### 7.3.2 Organisatoriske forutsetninger

Gjennom intervjuene med respondentene fra kultursektoren fant jeg få formelle avtaler på kultursektoren i kommunene. Det er lite eller ingen erfaring i kommunene å inngå avtale med frivillige lag. Respondentene fra kulturkontorene så ingen hensikt med i å byråkratisere samarbeidet ytterligere, noe som kanskje har smittet over på fysiotekene? Ingen av lagene jeg intervjuet var opptatt av om de hadde en avtale eller ikke med fysioteket. De var stort sett fornøyd med det samarbeidet de hadde slik det var i dag. Respondentene fra LHL i kommune A, frivillighetssentralen i kommune B og reumatismelaget i kommune C mente det holdt lenge med telefonkontakt eller gå innom fysiotekaren på kontoret ved behov. Jeg mener det er grunnlag for å kunne si at det er et todelt formelt samarbeid mellom lagene og fysiotekene. I bunn ligger en skriftlig rammeavtale om at brukere fra fysioteket kan være med på aktiviteten til det aktuelle laget mot. Videre er det en muntlig kontakt mellom fysiotekaren og laget om den praktiske gjennomføringen. Fysiotekaren ringer som regel til kontaktpersonen i laget og spør om det er plass til en ny bruker ved behov. Det virker som at både fysioterarer og de frivillige lagene er fornøyd med en slik ordning. Med bakgrunn i funnene fra Bergem m. fl. (2009) vil jeg si denne type samarbeid ikke er noe særskilt for fysiotekene og de frivillige lagene. Funnene i evalueringen til Bergem m. fl (2009:14) viser at frivillige organisasjoner blir fremhevet som viktige samarbeidspartnere både på fylkes og kommune nivå. Formalisering av samarbeidet blir svakere jo lenger ned i ”systemet” man kommer. På regionalt nivå har eksempelvis fylkeskommunen inngått partnerskapsavtaler med frivillige organisasjoner, mens på lokalt nivå er det sjelden snakk om partnerskapsavtaler. Forholdet mellom kommune og frivillige lag betegnes i stedet som samarbeid og nettverk, noe jeg også finner blant fysiotekene og frivillige lag. På lokalt nivå finner folkehelsekoordinatorene det vanskelig å skulle presse på et sterkt formalisert samarbeid med frivillige lag i form av en partnerskapsavtale (Bergem m. fl. 2009:9). Et sitat fra en folkehelsekoordinator i undersøkelsen viser en utfordring med partnerskapsavtaler med frivillig lag: *”I en knapp ressursituasjon skal vi ikke bruke tid på å formalisere og byråkratisere det frivillige”*(Bergem m. fl. 2009:48). Vi ser her en klar likhet mellom folkehelsekoordinatorer, fysioterarer og kultursjefer, da ingen av dem ser store behov for å lage store og omfattende avtaler med frivillige lag. Det er en utfordring at aktørene ikke bruker skriftlige avtaler, og det er at de er mer avhengig av muntlige avtaler, noe om kan by på utfordringer ved uenigheter. Muntlige eller uformelle avtaler er ofte personavhengig, og gjør avtalene sårbare hvis sentrale personer slutter eller trekker seg ut av samarbeidet eller vervet i det frivillige laget.

I følge Nødland m. fl (2007:29) er det viktig å formidle erfaringer mellom fysiotekene og involverte aktører, og da særlig de med ”best practice”. I fysiotekmodellen er dette tatt hånd om i

form av at alle fysiotekarene i kommunene i Oppland inviteres og samles årlig i regi av Oppland Fylkeskommune og Øverby Helseportssenter. På slike samlinger blir felles problemer og utfordringer naturlige temaer. På en slik måte vil de fysiotekene som opplever suksess på et felt kunne overføre erfaringer til andre fysiotek, slik det er anbefalt av Nødland. Fagkoordinatoren for fysiotekmodellen sa de lokale fysiotekarene burde kalle inn lagene jevnlig, kanskje en gang i året. I praksis viste det seg at to av kommunene gjorde dette, mens den tredje kommunen ikke gjorde det. I den kommunen hvor de ikke har noen samling så de foreløpig ikke noen grunn til å ha slike samlinger, men senere kunne kanskje det bli aktuelt. Utover den ene samlingen i kommunene er det lite eller ingen formell kontakt mellom de frivillige lagene. Det er bare toveiskommunikasjon mellom det enkelte lag og fysiotekaren. Kanskje det kan være en ide å ha et videre samarbeid mellom de forskjellige lagene?

Hvorfor brukes ikke partnerskapsavtaler i noe særlig grad, når både statlige og regionale myndigheter gir klare føringer på at aktørene bør skrive partnerskapsavtaler. En grunn kan være fysiotekarenes lave stillingsprosent. Det tar tid å følge opp alle lagene, og utvide med nye lag. Det er en avveining av hva fysiotekaren skal bruke tid på, følge opp brukere eller inngå avtaler, slik Bergem m. fl (2009) viser til i sine funn og jeg har diskutert tidligere. Fysiotekarene velger naturlig nok å bruke mest tid på brukerne, og ikke så mye på lagene.

Jeg har tidligere i oppgaven gjort rede for og diskutert flere strategier og virkemidler for folkehelsearbeid i Norge. Gjennom funn i denne studien kan det sies at partnerskap med lag ikke vil være eneste mål for å bedre folkehelsen og få folk til å gjøre livsstilsendringer. Det vil nok heller være ett av flere virkemidler. Hovedandelen av brukere av fysiotekmodellen benytter seg ikke av aktivitet i frivillige lag. I fysiotekmodellen er kanskje partnerskap et begrenset virkemiddel, og kan være unødvendig av fysiotekene og de frivillige lagene å bruke mye tid på.

Det kan stilles spørsmålsteget ved om det virkelig er et partnerskap mellom fysioteket og de lagene som ikke har noen jevnlig brukere i sin aktivitet. Et av lagene i kommune B uttalte at de aldri hadde hatt noen brukere fra fysioteket i sin aktivitet. Fysioteket har da altså skrevet en partnerskapsavtale med laget, men ikke lykkes i å sende brukere til laget. Har avtalen noe hensikt da? Er laget å regne som en ”sleeping partner”? Laget er i høyeste grad i aktivitet, og laget var veldig interessert å få flest mulig til sin aktivitet, men at det var litt vanskelig da de bare har trening en gang hver 14.dag. Jeg vil derfor ikke si at laget er en ”sleeping partner”, men heller en partner som står klar til å ta i mot brukere ved behov.



Bergem m. fl (2009:37) sier økonomiske forhold kan være årsak til at frivillige aktører velger å gå inn i et folkehelsepartnerskap. Partnerskap innenfor folkehelse kan anses som utløsende, i den forstand at midler fra staten til fylkene og videre til kommunene kommer gjennom avtale med Helsedirektoratet og ikke gjennom andre kanaler. Samtidig kan det også sies at partnerskapene er påtvunget av samme årsak (Gjertsen og Halkier, 2004:217). Politt (2003:59) sier at partnerskap ofte blir initiert og etablert for å utløse midler, da et høyere ledd ønsker partnerskap, og bruker dette som kriterier for midler. Denne teorien er ikke i samsvar med hva jeg har funnet, da det i liten grad er noen økonomisk gevinst for lagene å inngå samarbeid eller partnerskapsavtale med fysiotekene. Lagene får i utgangspunktet 250 kr pr bruker for en tremånedersperiode, men med ingen eller svært få brukere sier det seg selv at pengene ikke er noe drivkraft. En respondent fra et frivillig lag uttalte følgende om utbytte av de økonomiske tilskuddene de får fra fysiotekbrukerne: *”Vi har ikke hatt utgifter på det, men heller ikke hatt inntekter”*. Det kan være en grunn til at fysiotekarene i liten grad bruker tid på å lage omfattende avtaler. Det er så lite penger å hente for begge parter, så noe omfattende avtaleverk er unødvendig. I kommune A har fysioteket gitt midler til treningsmatter for LHL, og i følge fysiotekaren var de i gang med å lage skriftlig avtale. Fysiotekaren mente det først og fremst var viktig med en avtale der det var snakk om økonomiske forpliktelser for partene. Derfor hadde de klare avtaler med de kommersielle aktørene, men ikke med de øvrige frivillige lagene. Fysiotekaren antydte at skriftlige avtaler ikke var viktig for de fleste av lagene, da aktiviteten til laget var åpent for alle uansett og ikke hadde økonomiske bindinger.

Jeg skrev tidligere at frivillige lag tar på seg ”oppdrag” for kommunen ved å tilby aktiviteten til personer som får en resept på fysisk aktivitet. Det er helt klart noen økonomiske utfordringer med at lagene tar på seg ”oppdrag”. Hvis lagene skal opprette og drive aktivitet ved siden av ordinær aktivitet er lagene avhengig av økonomisk hjelp eller støtte. Fleridrettslag i kommune A snakker om at det ikke er gratis å drive tilbud for unge. Laget har gjennom tilskuddsordning for lavterskelaktivitet fått midler til å dekke kjøregodtgjørelse for instruktørene på ungdomsgruppene. Respondenten i laget tror dessverre ikke kjøregodtgjørelse er nok belønning for instruktørene på sikt. Vedkommende mener laget kan bli nødt til å måtte lønne instruktørene for lavterskelgruppene for i det hele tatt få folk til å være instruktører. Hvis så skjer, må laget enten få økonomisk støtte eller i verste fall legge ned tilbudet.

### 7.3.3 Forutsetninger i prosessen

Hjære (2005:34) snakker om tidsperspektivet som en viktig forutsetning for partnerskap, og skal partnerskapene være frodige og ha en nytte må partene bruke tid på partnerskapet. Tidsperspektiv på avtalene er forskjellig fra kommune til kommune. I kommune B har de fastsatt lengde på avtalene, gjerne to år. Ved avtaleperiodens utløp har fysiotekaren lagene inne til samtale for å diskutere om de skal fortsette med avtalen. I kommune C har de skrevet en avtale med lagene, men denne er ikke fulgt opp noe videre annet at partene har muntlig avtale på at de skal fortsette. I og med at det ikke er noe særlig bruk av avtaler i kommune A har de ikke fokusert noe på tidsperspektivet. Derimot bruker fysiotekaren i kommune A begrunnelse med at tilbudet finnes i lagene uansett om fysioteket er involvert i laget eller ikke. Det var heller ingen av lagene som hadde noe umiddelbare tanker om å avslutte samarbeidet med fysioteket, så avtalene blir naturlig nok forlenget.

Nordland fylkeskommune hadde i perioden 1998-2003 et prosjekt – ”Videreutvikling av offentlig idrettspolitik”. Prosjektet innebar at kommunene skulle forbedre kommunal politikk for idrett og friluftsliv med formål å få inaktive grupper av befolkningen mer aktive. Kommunene skulle lage kommuneplaner for idrett og fysisk aktivitet, og iverksette tiltak overfor målgruppen, hvor blant annet partnerskap på lokalt nivå skulle etableres. Evaluering av prosjektet viser at det var stor forskjell på de kommunale partnerskapene. I de aller fleste ble det etablert partnerskap som ligner mer på små, løse og uforpliktende nettverk av spesielt interesserte. Grunnen til at slike løsninger var i overtall antar man er at prosjektlederne i kommunene var i små deltidsstillinger eller i kombinasjon med andre kommunale oppgaver. Der hvor det var etablert partnerskap var det vanskelig å finne og identifisere klar forståelsesrammer, felles verdier og målsettinger i partnerskapene. (Anvik m. fl. 2002 og Røiseland, 2008:108-109). Partnerskapets paradoks er at aktørene skal være personuavhengige og likeverdige. På den andre siden er partnerskapene avhengig av enkeltpersoner for å opprettholde kontinuitet og eierskap, noe som gjør partnerskapet sårbart ved utskiftninger av personer. I de frivillige lagene jeg har intervjuet er det ofte stor gjennomstrømning av personer som tar på seg verv, men lagene har også ildsjeler som holder tak i aktiviteten. Ved et intervju av et frivillig lag, opplevde jeg at den personen som hadde inngått avtale med fysioteket ikke var aktiv i laget lenger. Fra funnene i undersøkelsen i Nordland vil jeg trekke klare paralleller til fysiotekmodellen, da det der også er forholdsvis små og uformelle avtaler drevet fram av ildsjeler.

## 8 OPPSUMMERING OG AVSLUTTENDE KONKLUSJONER

Jeg skal i dette kapitlet trekke fram de viktigste funnene og svare på problemstillingene jeg har stilt i oppgaven. Studien har vært todelt hvor jeg i første del har gjort en dokumentstudie over folkehelsearbeid i Norge og Oppland fylke for å undersøke *”Hvordan kan folkehelsearbeid forstås i et samstyringsperspektiv”?* Hovedfunnene viser at staten skisserer fire strategier for å arbeide med folkehelse i Norge. En av strategiene er å bygge allianser for folkehelse, og det innebærer at aktører fra frivillig, privat og offentlig sektor samarbeider om prosjekter og arbeidsoppgaver. Folkehelsepartnerskap er et sentralt virkemiddel for å bygge allianser. Helsedirektoratet har skrevet partnerskapsavtale med alle fylkene, mens fylkene i varierende grad har partnerskapsavtale med kommuner. Helsedirektoratet har lagt sju prinsipper til grunn for hva de vektlegger med folkehelsepartnerskap. I denne studien har jeg bare hatt empiri til å diskutere fem av disse prinsippene.

I folkehelsearbeid finner vi flernivåstyring blant annet gjennom at statlige målsetninger for folkehelsearbeidet blir kopiert og brukt på både fylkes og kommunalt nivå. Jeg vil si at staten indirekte styrer målsetningene til underliggende ledd gjennom en slik kopiering. Utgangspunktet for folkehelse er lokale variasjoner, men staten har pålagt fylkene å arbeide med folkehelse og folkehelsepartnerskap. Med en lovpålagt oppgave styrer staten fylkene direkte på hvilken arbeidsform fylkene skal arbeide med. Den viktigste formen for flernivåstyring innen folkehelsearbeid finner vi derimot i Oppland der det er etablert både folkehelsenettverk og folkehelsepartnerskap på tvers av fagfelt og med representanter fra ulike forvaltningsnivåer og aktører. Jeg mener slike organisatoriske løsninger på flernivåstyring helt klart er i tråd med samstyringsperspektivet. Fylkeskommunen og fylkesmannen i Oppland fungerer som en samlet enhet og har skrevet partnerskapsavtaler med mange aktører, både kommuner i Oppland, offentlige organisasjoner og frivillige organisasjoner. Jeg mener det med fordel kunne vært flere frivillige foreninger involvert i folkehelsearbeidet enn det er i dag. I partnerskapsavtalene stilles det store krav til aktørene som skal få skrive en partnerskapsavtale med fylkeskommunen / fylkesmannen. Det er tilfeller hvor aktører ikke har hatt gode nok planer og strategier til at det har blitt en partnerskapsavtale. Jeg har diskutert om en slik løsning gjør at fylkeskommunen / fylkesmannen har for stor makt, og om aktørene i så tilfelle er likeverdige parter.

Gjennom denne studien mener jeg det er grunnlag for å kunne konkludere med at folkehelsearbeidet både i Norge, og Oppland fylke spesielt, har klare trekk av samstyring og partnerskap.

I andre del av denne oppgaven har jeg tatt for meg et konkret folkehelseprosjekt i Oppland fylke, fysiotekmodellen. Her har jeg studert tre kommuner som i utgangspunktet er gode eksempler på lokalt folkehelsearbeid. I disse kommunene har jeg gjennomført kvalitative intervjuer med aktuelle representanter, samt lagt relevante kommunale dokumenter til grunn i studien.

Studien har vist at trening på treningssenter og egentrening er de mest brukte formene for trening blant fysiotekbrukerne, mens trening i frivillige lag er det klart færre som bruker. Ut fra tall jeg har fått fra respondenter og gjennom dokumentstudier antyder jeg at 10-15 % av brukere fra fysioteket trener i frivillige lag. Dette vil jeg si er ganske lite ut fra målsetningen til både stat og fylke hvor aktivitet i frivillige lag er sentralt. På en annen side har kommune A og B 25-35 frivillige lag i kommunen som tilbyr fysisk aktivitet. Av disse har fysiotek i kommune A en muntlig avtale med 12-15 lag, mens fysiotek i kommune B har skriftlig avtale med 13 lag. Altså har fysiotekene avtale med ca halvparten av lagene i kommunen med fysisk aktivitet, og det er et forholdsvis høyt tall mener jeg. Fysioteket i kommune C har ikke skriftlig avtale med mer enn tre lag, og det mener jeg er få lag, og fysioteket her er det et stort forbedringspotensial. Utfordringen for kommune A og B ligger ikke nødvendigvis i antall lag, men heller å få brukerne i aktivitet i lagene. Funn fram til nå tyder på at brukerne i liten grad er i aktivitet i regi av frivillige lag, og da er heller ikke frivillige lag i noe særlig grad involvert selv om de har en skriftlig eller muntlig avtale. Jeg vil si at mine funn i stor grad samsvarer med funn fra Leijonen og Jacobsen (2006:3, 35), der de viser at det tar lang tid å iverksette og implementere en modell for fysisk aktivitet på resept. Derfor kan det være for tidlig å trekke en konklusjon om fysiotekene klarer å involvere frivillige lag eller ikke. Kanskje vi må la modellen få noen år til på seg før vi kan konkludere om fysiotekene klarer å involvere frivillige lag.

Det er flere forhold og årsaker til at brukere av fysioteket i liten grad benytter seg av frivillige lag. En av årsakene er at fysiotekene har som mål å få brukerne i aktivitet i tre måneder. Selve aktivitetsformen eller aktivitetssted er ikke noe mål i seg selv. Til tross for at lagene i liten grad er brukt av fysiotekbrukerne mener ikke fysiotekarene at frivillige lag er unødvendig. De ønsker derimot å ha et bredt utvalg av aktiviteter for brukere, så det er viktig at de frivillige lagene er med. Kommune B har bevisst plukket ut 13 lag for å ha et bredest mulig tilbud til brukerne,

uavhengig av alder, kjønn og ønsket aktivitetsform. De to andre fysiotekene har ikke noe bevisst valg bak sine samarbeidspartnere, men inngått avtale med de lagene som er interessert. En annen årsak til manglende deltakelse i frivillige lag for brukerne kan være brukerens fysiske tilstand. Sjukdom eller skade kan gjøre at brukere ikke orker eller kan være med på aktiviteter i tradisjonelle idrettslag. Aktiviteter i regi av eksempelvis LHL eller Reumatismeforeninger derimot treffer brukerne bedre. Et annet forhold som er viktig for at brukere skal gjennomføre en tremånedperiode med fysisk aktivitet er bli tatt godt i mot av fysiotekaren, og at brukeren føler seg respektert. En god folkehelse betyr ikke bare at folk skal være i fysisk god form, de må også ha et sosialt nettverk og føle seg verdsatt. Derfor har mange av aktivitetene de frivillige lagene tilbyr et stort fokus på å være en sosial møteplass. Personlige egenskaper og medmenneskelighet hos fysioterapeuter og gruppeledere er viktige forhold i denne sammenhengen.

Jeg har funnet ut at det er to hovedgrunner til at lagene samarbeider med fysiotekene. For det første ønsker lagene å få flere medlemmer til laget, og ser samarbeid med fysioteket som et godt rekrutteringstiltak. For det andre ser noen av lagene det som sin samfunnsplikt å hjelpe mennesker som trenger fysisk aktivitet til å endre livsstil. Jeg har valgt å si at lagene "løser" et oppdrag på vegne av fysiotekene. Lagene er i utgangspunktet ikke interessert i å ta i mot brukere fra fysioteket hvis det innebærer at laget må gjøre større endringer i sin daglige aktivitet. Brukerne må tilpasse seg laget, og ikke omvendt. Hvis lagene skal endre seg må det komme en gode ut av det, og da ønsker lagene først og fremst økonomisk hjelp.

Jeg har diskutert partnerskap innen fysiotekmodellen med bakgrunn i forutsetninger for partnerskap av Hjære (2005), verdibaserte, organisatoriske og forutsetninger i prosessen. Hovedfunnene er at fysiotekene i kommune B og C hadde skriftlig avtaler med sine lag, mens i fysioteket i kommune A ikke hadde en skriftlig avtale. Alle tre fysiotekene hadde skriftlige avtaler med kommersielle aktører siden det var større økonomiske forpliktelser i disse avtalene. Jeg mener det formelle samarbeidet mellom fysiotekene og aktørene er todelt. For det første har partene en skriftlig rammeavtale om at lagene kan ta i mot brukere fra fysioteket, mens den daglige kontakten er basert på muntlig kontakt. Ingen av aktørene hadde noe stort behov for å byråkratisere samarbeidet ytterligere. Aktørene bruker i svært liten grad begrepet partnerskap om sitt samarbeid, men jeg mener det er fullt mulig å bruke det likevel.

## 8.1 Videre forskning

Avslutningsvis vil jeg nevne noen områder jeg mener det er behov for ytterligere forskning. Når det gjelder involvering av frivillige lag i lokalt folkehelsearbeid, antyder jeg at det kan være for tidlig å konkludere, og for å kunne konkludere må det gjøres undersøkelser på et senere tidspunkt.

Denne studien har ikke hatt fokus på enkeltbrukere, og jeg tror et mulig felt å studere videre er hvilke argumenter den enkelte bruker har for sitt valg av aktivitetsform. Det er interessant å finne ut om brukerne ikke trener i frivillige lag fordi de ikke vil, om det er for dårlig gruppetilbud, eller om de vil trene alene?

Jeg har heller ikke tatt for meg alle prinsippene for folkehelsepartnerskap fra Helsedirektoratet. Det er helt klart interessant å se videre på hvilket utbytte fysioteket og frivillige lag får ut av partnerskapene over et lengre tidsrom. Ved siden av utbyttet av partnerskapene er også oppfølgingstiltak nødvendig, og det har jeg heller ikke sett på. Derfor bør det sees nærmere på disse to punktene.

På forsiden har jeg et sitat av Henry Ford, og da synes jeg det passer godt å avslutte denne mastergradsoppgaven om folkehelsearbeid med et gammelt norsk ordtak;

*”Den som er redd for å få ondt i armene, får ondt i tarmene”.*

## LITTERATURLISTE

- Amdam, R. og Bergem, R. (2008) *Kriterium for evaluering av partnerskap og planlegging i kommunalt folkehelsearbeid*. (Arbeidsrapport 222). Møreforsk Volda og Høgskolen i Volda.
- Andersen, O. J. og Røiseland, A. (2008). Introduksjon. I Andersen, O. J. og Røiseland, A. (red) *Partnerskap. Problemløsning og politikk*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Anheier, H. K. (2005). *Nonprofit organization. Theory management policy*. New York. Routledge.
- Anvik, C., Olsen, T. og Røiseland, A. (2002). *Mellom svekkelse og hverdag. En evaluering av Nordland fylkeskommunes prosjekt: Videreutvikling av offentlig idrettspolitik 1998-2001*. (NF-rapport nr 10/2002). Bodø. Nordlandsforskning.
- Arbo, P (2002). *Partnerskap – den nye universalløsningen?* (Plan nr 6/2002). Oslo. Universitetsforlaget.
- Bakken Ulseth A.L. 2003, ”*Treningscentre og idrettslag*”, (Rapport 2003:2) Oslo. Institutt for samfunnsforskning
- Bergem, R., Moen, S. O., Aarflot U. og Hanche-Dalseth M., Hofstad, H. og Vestby, G. M. (2010) *Partnerskap for folkehelse og Helse i plan. Sluttrapport*. (Rapport nr. 7). Høgskolen i Volda og Mørforskning Volda.
- Bergem R., Moen, S. O., Aarflot U. og Hanche-Dalseth M. (2009) *Partnerskap for folkehelse og Helse i Plan*. Underveisrapport. Volda. Møreforskning
- Bovaird, T and Löffler, E (eds.) (2003): *Public Management and Governance*. London. Routledge.
- Caplan, K. og Scott, L. (2008) Defining our terms and clarifying our language. I Svensson, L. og Nilsson, B. (red) *Partnerships – As a strategy for Social Innovation and Sustainable Change*. Sweden. Santerus Academic Press.
- Departementene (2005) *Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009. ”Sammen for fysisk aktivitet”*. Oslo
- Engedal B., Lærum, G., Bjørnsgaard, A., Frøystein, O. og Forsberg, K. (2008) *Anbefalingsrapport. Oppfølgingsystemer til ”Grønn resept” 2004-2008*. Anbefalinger fra Buskerud, Nordland, Oppland, Troms og Vest-Agder.
- Enjolras, B., Seippel Ø. og Waldahl, R. H. (2005) *Norsk Idrett. Organisering, fellesskap og politikk*. Oslo. Akilles
- Fimreite, A. L. og Aars, J. (2005) Governace med kommunen som nav – tre nettverk i Kristiansand. I: Fimreite, A. L. og Medalen, T. (red) *Governance i norske storbyer. Mellom offentlig styring og privat initiativ*. Oslo. Scandinavian Academic Press
- Flermoen, S. (2006) *Arbeids – og fritidstiltak for mennesker med psykiske lidelser. Evaluering*

- av det lokale arbeidet med Opptrappingsplanen for psykisk helse. Sluttrapport. (Rapport nr 234). Bø. Telemarksforskning.
- From, J. og Sitter, N. (2002) *Hva er governance?* (Plan nr 6/2002). Oslo. Universitetsforlaget.
- Folkehelseloven.: *Lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet.*  
LOV 2009-06-19 nr 65
- Folkehelseprogrammet i Østfold (2002). *Folkehelseavtalen 2002.* Årsrapport.
- Gjertsen, A. og Halkier, H. (2004) Regional utvikling og partnerskap – et komparativt blikk på norske og danske erfaringer. I Amdam, R. og Bukve, O. (red) *Det regionalpolitiske regimeskiftet og tilfellet Noreg.* Trondheim. Tapir Akademiske Forlag.
- Hellevik, O. (2002): *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap.* Oslo. Universitetsforlaget.
- Helsedirektoratet (2009). *Rundskriv IS/2009 – Nasjonale mål og hovedprioritering.* Oslo. Helsedirektoratet.
- Hernes, Gudmund (2007) *Med på laget: om New Public Management og sosial kapital i den norske modellen.* FAFO-rapport 2007:09
- Hjære, Mette (2005). *Partnerskaber – på vej mod en ny samarbejdskultur?* Odense. Center for frivillig socialt arbejde.
- Hofstad, H. og Vestby, G. M. (2009) *Lokalt folkehelsearbeid. Underveisevalueringer av Helse i Plan og Partnerskap for folkehelse.* (Notat 2009:112). Oslo. Norsk Institutt for by- og regionsforskning.
- Jacobsen, D.I. (2005) *Hvordan gjennomføre undersøkelser. Innføring i samfunnsvitenskapelig metode.* Kristiansand. Høyskoleforlaget.
- Leijon M. og Fornander L. (2006) *Fysisk aktivitet på Recept (FaR) i Östergötland 2005 – Lovande resultat, men receptet för framtiden ligger i en ännu bättre samverkan.* Folkehälsvetenskapligt Centrum i Östergötland
- Leijon, M. og Jacobsen M. (2006) *Fysisk aktivitet på recept – fungerar det? En utvärdering av Östgötamodellen.* Folkehälsvetenskapligt Centrum i Östergötland
- Löffler, E. (2003) *Governance: networking with stakeholders.* I Bovaird, T. and Löffler, E (eds.) *Public Management and Governance.* London, Routledge.
- Kickert, W.J.M, Klijn, E-H. og Koppenjan, J. F.M (1997) *Managing Complex Networks. Strategies for the public sector.* London. SAGE Publications LTD.
- Kallings, L.V. og Leijon, M. (2003) *Erfaringer av Fysisk aktivitet på recept –FAR.* Sandviken. Statens folkhälsinstitut.
- Kommune A (2008a) *Budsjett og økonomiplan 2009-2012*
- Kommune A (2008b) *Kommunedelplan for Idrett og fysisk aktivitet 2008 - 2019*
- Kommune A (2008c) *Politiske føringer i Folkehelsearbeidet*
- Kommune A (2007) *Kommuneplanens samfunnsdel (2007-2009)*



- Kommune A (2006) *Kommunedelplan for kultur (2006-2017)*
- Kommune B (2008) *Kommuneplanens samfunnsdel 2008-2020*
- Kommune C (2009) *Handlingsprogram og økonomiplan 2009-2012. Budsjett 2009.*
- Kommune C (2008) *Handlingsplan for folkehelse. 2008*
- Kommune C (2007a) *Kommuneplan for XX kommune 2007 – 2015. Samfunnsdel.*
- Kommune C (2007b) *Kommunedelplan for idrett, fysisk aktivitet og friluftsliv 2007 - 2010*
- Kommunehelsetjenesteloven. *Lov om helsetjenesten i kommunene.*  
LOV-1982-11-19-66
- Koppenjan J.F.M og Kljin, E-H (2004) *Managing uncertainties in networks:a network approach to problem solving and decision making.* London. Routhledge.
- Mehmetoglu, M. (2004). *Kvalitativ metode for merkantile fag.* Bergen. Fagbokforlaget.
- Müller H. B., Gårn, A. og Holt A. R.(2007) *Motion på recept - Erfaringer og anbefalinger.* København. Sund By Netværket.
- NOU (1998:18). *Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene.* Oslo. Sosial- og helsedepartementet.
- Nødland, S. I., Bergsgard, N. A., Bjelleand A. og Leknes, E. (2007) *Kommunens samhandling med frivillig sektor. (Rapport IRIS 2007- 47).* Stavanger: International Research Institute of Stavanger
- Oppland Fylkeskommune (2009) *Opplandsresepten. Folkehelseprogrammet. Årsrapport 2008.* Lillehammer. Oppland Fylkeskommune
- Oppland Fylkeskommune (2007) *Partnerskapsavtaler med en kommune i Oppland, NAV Oppland, Nasjonalforeningen for folkehelse og Øverby Helsesportssenter.*
- Oppland Fylkeskommune (2006). *Programplan 2006. Opplandsresepten. Folkehelseprogrammet.* Lillehammer. Oppland Fylkeskommune
- Oppland Fylkeskommune (2005) *Fylkesplan 2005-2008.* Lillehammer. Oppland Fylkeskommune.
- Oppland fylkeskommune og Fylkesmannen i Oppland (2004) *Skisse til Opplandsresept.* Upublisert dokument
- Pierre, J. og Peters, G. B (2008) *Offentlige – private partnerskap.* I Andersen, O. J. og Røiseland, A. (red) *Partnerskap. Problemløsning og politikk.* Bergen. Fagbokforlaget.
- Pierre, Jon (2000) *Introduction: Understanding Governance.* I Pierre, Jon (2000) Red. *Debating Governace. Authority, Steering and Democarcy.* New York. Oxford University Press.
- Pierre, J. og Peters, G. B. (2000) *Governance, politics and the state.* London: Palmgrave Macmilan.
- Pollitt, C (2003). *The Essential Public Manager.* Maidenhead, Open University Press.

- Rhodes, R.A.W (2000). Governance and public administration. I Pierre, J. (Red). *Debating Governace. Authority, Steering and Democarcy*. New York. Oxford University Press.
- Rhodes, R.A.W (1997) *Understanding Governance. Policy Networks, Governance, Reflexivity and Accountability*. Maidenhead. Open University Press.
- Ringdal, K. (2007): *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. 2. utgave. Bergen. Fagbokforlaget.
- Roessier K. K., Ibsen B., Saltin B. og Sørensen J. (2006) *Motion og Kost på Recept i Københavns Kommune – Evalueringsresultater*. Odense. Syddansk universitetsforlag.
- Ryen, A. (2006) *Det kvalitative intervjuet. Fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen. Fagbokforlaget.
- Røiseland, A (2008). Kan institusjonelle partnerskap skapes og styres? I Andersen, O. J. og Røiseland, A. (red) *Partnerskap. Problemløsning og politikk*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Røiseland, A og Vabo, S. I (2008) Governance på norsk. Samstyring som empirisk og – analytisk fenomen. *Norsk Statsvitenskapelig tidsskrift. Nr 01-02*. ISSN Online: 1504-2936
- Sosial og Helsedirektoratet (2007a) *Nasjonale mål og tilskudd fra Sosial og Helsedirektoratet*. Brev til fylkeskommuner datert 12.02.2007.
- Sosial og helsedirektoratet (2007b). *Stoda i det lokale folkehelsearbeidet*. (IS-1508). Oslo. Sosial og Helsedirektoratet.
- Sosial og helsedirektoratet (2006a). *Lokalt folkehelsearbeid – organisering og forankring*. (IS-1404). Oslo. Sosial og Helsedirektoratet
- Sosial og Helsedirektoratet (2005) *Uthlysning av tilskuddsmidler til partnerskap for folkehelse og enkelte tematiske satsinger*. Brev til fylkeskommuner og fylkesmenn datert 02.02.2005
- Sosial og Helsedirektoratet (2004) *Uthlysning av tilskuddsmidler til partnerskap om folkehelsearbeid*. Oslo. Sosial og Helsedirektoratet
- St. meld. nr. 16 (2002-2003). *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. Oslo: Helsedepartementet.
- St. meld nr. 19 (2001-2002) *Nye oppgaver for lokaldemokratiet – lokalt og regionalt*. Oslo. Kommunal og Regionaldepartement.
- St. meld nr. 27 (1996-97) *Om statens forhold til frivillige organisasjoner*. Oslo. Kulturdepartementet.
- St. meld nr 37 (1992-1993) *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*. Sosialdepartementet.
- St. meld nr. 39. (2006-2007) *Frivillighet til alle*. Oslo: Kultur og Kirke departementet.
- St. meld nr 14. (1999-2000) *Idrettslivet i endring*. Kulturdepartementet
- St. prp. nr 1. (2008-2009). *For budsjettåret 2009*. Oslo. Helse - og Omsorgsdepartementet.

St. prp. 1 (2006-2007). *Nasjonal Helseplan (2007-2010)*. Særtrykk av kapittel 6. Oslo. Helse og Omsorgsdepartementet.

Telemark (2006) *Partnerskapsavtale Folkehelseforum Telemark*. Folkehelseprogrammet

Veggeland, N. (2003). *Det nye demokratiet – et politisk laboratorium for partnerskap*. Kristiansand, Høyskoleforlaget.

Wollebæk, D., Selle P. og Lorentzen, H. (2000). *Frivillig innsats*. Bergen. Fagbokforlaget.

World Health Organisation (2006) *Promoting physical activity for health – a framework for action in the WHO European Region*. (EUR/06/5062700/10).

Øverby Helsesportssenter, Fylkesmannen i Oppland og Oppland fylkeskommune (2009) *Årsrapport 2008. Opplandsresepten – fysiotekmodellen*

Øverby Helsesportssenter, Fylkesmannen i Oppland og Oppland fylkeskommune (2007) *Opplandsresepten – fysisk aktivitet på resept - Fysiotek - Årsrapport 2006*



# VEDLEGG 1 INTERVJUGUIDE PROSJEKTLEDER FYSIOTEK I OPPLAND

## Generelt

### Jobbsituasjon

Utdanning

Stillingsbrøk

Organisering av arbeidsdager i forhold til eventuell annen jobb

Fysisk lokalisering

Når startet du i stillingen?

Gjør rede for hvordan fysiotekmodellen er organisert

Rollen til Øverby HS / prosjektleder

Antall lag og foreninger det samarbeides med?

Hvordan finansieres fysiotekmodellen mtp på økonomiske resurser til:

Fysiotek, lag/forening, treningssenter, den enkelte bruker

## Forhold kommune og fylke / prosjekt

Initiativ til kontrakt mellom fylke og kommune / fysiotek?

Motivasjonen til kommunene for å delta

Er det noen grunn til at noen kommuner er med, mens andre ikke?

Evt hva slags utvalgsriterier er brukt?

Enkelte kommuner som er med i fysiotekmodellen er ikke partnerskapskommuner?

Forhandlingsprosessen – en ferdig avtale som fylket / Øverby har ”trumfet” gjennom, eller har den frivillige aktøren fått komme med innspill?

Åpen eller lukket prosess hvor begge parter har kommet med forslag til løsning?

Standard avtale og opplegg

kommunalt handlingsrom til lokale varianter

Åpenhet, likeverd, gjensidighet, tillitt, handlingsrom for aktørene

Samme kontrakt med alle kommuner?

Ble det klarlagt eieforhold til prosjekt, ansvarsfordeling, roller og spilleregler fra første stund?

## Nettverk

Gjennomføres det møteplasser mellom samarbeidspartnere på regionalt og lokalt nivå

Med regionalt menes repr fra kommune, fylke, Øverby HS og evt andre partnere

Med lokalt menes repr fra kommune og de aktuelle lag og foreninger?

Oppfølging av lokale fysiotek fra regionalt ledd - prosjektleder?

Årlige samlinger?

Oppfølging fra fysiotekar av aktiviteten ute blant lagene?

## **Kommunalt**

Har kommunen(e) en tydelig frivillighetspolitikk, og da også en frivillighetsplan?

Betyr det noe at plan finnes / ikke finnes? Hvorfor / hvorfor ikke?

Savnes evt en slik plan?

Motivasjon for samarbeid med frivillige lag – faglig folkehelse eller generelt ønske om å samarbeide med frivillige lag og foreninger, hvor folkehelse kan være et godt eksempel?

## **Forholdet til frivillig lag og foreninger**

Hvorfor bør fysiotekene samarbeide med frivillige lag? (Kan ikke kommunen tilby et opplegg selv?)

Hva kjennetegner samarbeid med tanke på grad av formalisering?

Er samarbeid stabilt over lengre tid i institusjonelle former, partnerskap, prosjektbasert og temporært, ikke noe konkret?

Lengde på samarbeidsavtaler – intensjoner om videreføring av samarbeid når avtale opphører?

Har partene mulighet til å trekke seg fra samarbeidet tidligere før avtalens utløp – evt får det noen konsekvenser?

Hvordan fungerer samarbeidet? Evt hva bremser / hindrer samarbeid

Hva skal til for at samarbeidet skal fungere optimalt?

Skaper det noen problemer og utfordringer at lag / forening ikke har ansatte på dagtid?

## **Forhandlinger**

Forhandlingsprosessen – en ferdig avtale som kommunen har ”trumfet” gjennom, eller har den frivillige aktøren fått komme med innspill?

Åpen eller lukket prosess hvor begge parter har kommet med forslag til løsning?

Standard avtale og opplegg

kommunalt handlingsrom til lokale varianter

Åpenhet, likeverd, gjensidighet, tillitt, handlingsrom for aktørene

Ble det klarlagt eieforhold til prosjekt, ansvarsfordeling, roller og spilleregler fra første stund?

## **Framtid**

Ser du for deg at samarbeid med frivillig lag er framtiden, og at dere vil satse på det framover?

**Takk for intervjuet☺**

## VEDLEGG 2 INTERVJUGUIDE VIRKSOMHETSLEDER I KOMMUNE

Har kommunen politisk eller administrativt vedtatte mål for samarbeid med frivillig sektor?

Hvis ikke har kommunen noe plan om å gjøre det?

Er målene nedfelt i en frivillighetspolitikk og frivillighetsplan?

Hvis ikke, har kommunen noe plan om å gjøre det?

Hvis det er en felles kommunal frivillighetsplan, hvem i kommunen har ansvar for å koordinere kommunens samarbeid med frivillige?

Eventuelt finnes det egne virksomhetsplaner for samarbeid med frivillige lag?

Hvis det er virksomhetsbaserte planer, hvem har ansvar for samarbeid med frivillige organisasjoner? Enkeltpersoner eller alle ansatte?

Involveres de frivillige lagene i prosessen med å lage frivillighetsplan?

På hvilken måte?

Hva kjennetegner samarbeid med tanke på grad av formalisering?

Er samarbeid stabilt over lengre tid i institusjonelle former, partnerskap, adhoc preget samarbeid,

Ser du for deg at samarbeid med frivillig lag er framtiden, og at dere vil satse på det framover?

Takk for intervjuet☺

## **VEDLEGG 3 INTERVJUGUIDE FYSIOTEKAR I KOMMUNE**

### **Generelt**

#### Jobbsituasjon

Hvilken virksomhet er du underlagt?

Utdanning

Stillingsbrøk

Organisering av arbeidsdager i forhold til eventuell annen jobb

Fysisk lokalisering

Når startet du i stillingen?

Gjør rede for hvordan fysiotekmodellen i kommunen er organisert

Antall pasienter

Antall lag og foreninger det samarbeides med?

Hvordan finansieres fysiotekmodellen mtp på økonomiske resurser til:

Fysiotek, lag/forening, treningscenter, den enkelte bruker

Har kommunen en tydelig frivillighetspolitikk, og da også en frivillighetsplan?

Betyr det noe at plan finnes / ikke finnes? Hvorfor / hvorfor ikke?

Savnes det noe?

### **Frivillige lag og foreninger**

Hvorfor bør fysiotekene samarbeide med frivillige lag?

Kan ikke kommunen tilby et opplegg selv?

Er det noen grunn til at noen lag er med i ordningen, mens andre ikke?

Evt hva slags utvalgsriterier er brukt?

Initiativ fra lag el kommune?

Har kommunen noen spesielle aktiviteter de ønsker, og da går konkret til aktuell aktør?

Krav / ønsker fra lag / forening til aktivitet

Hvis en pasient ønsker en type aktivitet det ikke finnes noen avtale om, vil fysioteket prøve å få i gang et slikt tilbud?

### **Samarbeid**

Hva kjennetegner samarbeid med tanke på grad av formalisering?

Er samarbeid stabilt over lengre tid i institusjonelle former, partnerskap, prosjektbasert og temporært, ikke noe konkret?

Lengde på samarbeidsavtaler – intensjoner om videreføring av samarbeid når avtale opphører?

Har partene mulighet til å trekke seg fra samarbeidet tidligere før avtalens utløp – evt får det noen konsekvenser?

Hvordan fungerer samarbeidet? Evt hva bremser / hindrer samarbeid

Hva skal til for at samarbeidet skal fungere optimalt?

Skaper det noen problemer og utfordringer at lag / forening ikke har ansatte på dagtid?



### **Forhandling**

Forhandlingsprosessen – en ferdig avtale som kommunen har presentert, eller har den frivillige aktøren fått komme med innspill?

Samme kontrakt med alle lag?

Åpen prosess hvor begge parter har kommet med forslag til løsning, eller kommunen overstyrer?

Åpenhet, likeverd, gjensidighet, tillitt, handlingsrom for aktørene

Ble det klarlagt eierforhold til prosjekt, ansvarsfordeling, roller og spilleregler fra første stund?

### **Nettverk**

Gjennomføres det møteplasser mellom samarbeidspartnere på lokalt nivå

Med lokalt menes repr fra kommune og de aktuelle lag og foreninger?

Oppfølging fra fysioterapeut av aktiviteten i idrettslaget

### **Framtid**

Ser du for deg at samarbeid med frivillig lag er fremtiden, og at dere vil satse på det framover?

**Takk for intervjuet☺**

## **VEDLEGG 4 INTERVJUGUIDE FRIVILLIG LAG / FORENING**

### **Generelt**

Generelt om laget

Hovedaktiviteter

Antall medlemmer

Respondents rolle / oppgave

Gjør rede for hvordan arbeidet med fysiotekbrukere fungerer i laget

Antall brukere fra Fysiotek

Aktiviteter?

Samarbeid med andre lag og foreninger?

### **Aktivitet**

Har det blitt opprettet eget "fysiotekbrukergruppe" i idrettslaget, eller blir brukere inkludert i eksisterende tilbud? Går samarbeid med kommune / fysiotek utover kjerneaktivitet til lag/forening?

Krav / ønsker fra lag / forening til aktivitet

Oppfølging fra fysiotekar av aktiviteten i laget

*Enighet innad i laget om samarbeid med fysioteket?*

### **Samarbeid**

Hvorfor bør kommunen samarbeid med frivillige lag?

Hvorfor bør frivillige lag samarbeide med fysiotekt?

What's in it for me?

Hvem var initiativtaker til samarbeidet?

Laget eller kommunen/ fysioteket

*Hvordan fungerer samarbeidet? Evt hva bremser / hindrer samarbeid*

*Hva skal til for at samarbeidet skal fungere optimalt?*

### **Formelt samarbeid**

Hvor formalisert er samarbeidet med Fysioteket?

Partnerskapsavtale, samarbeidsavtale, institusjonelt samarbeid, muntlig og løst samarbeid, ingen formelt

### **Hvis ikke skriftlig avtale**

Hvis det ikke er en avtale, burde det vært det?

### **Hvis avtale:**

Hvis det er en avtale i bunn – var det da en ferdig avtale som kommunen har presentert, eller har den frivillige aktøren fått komme med innspill?

Åpen eller lukket prosess hvor begge parter har kommet med forslag til løsning?

Åpenhet, likeverd, gjensidighet, tillitt, handlingsrom for aktørene

Ble det klarlagt eieforhold til prosjekt, ansvarsfordeling, roller og spilleregler fra første stund?

Hvordan opplever frivillig org samarbeid med kommunen?

Skeiv maktfordeling?

Likeverdige parter eller en stor sterk motpart i kommunen?

Føler frivillig lag seg tvunget til samarbeid?

Lengde på samarbeidsavtaler – intensjoner om videreføring av samarbeid når avtale opphører? Hva bør forandres / videreføres ved evt videreføring av samarbeid?

Har partene mulighet til å trekke seg fra samarbeidet tidligere før avtalens utløp – evt får det noen konsekvenser?

### **Framtid**

Er samarbeid med kommunen / fysioteket noe å satse på framover for laget?

Fordeler / ulemper

Kommune A / C

Hvorfor få som vil bruke tilbud fra lag og foreninger i Opplandsresepten??

Kommune B

Hvorfor lykkes dere å ha avtale med mange lag og foreninger??

**Takk for intervjuet☺**