

”FRIVILLIG ARBEID ER GODT FOR FOLKEHELSE”

Muligheter og utfordringer i samarbeid mellom kommune og
frivillige organisasjoner om forebyggende helsearbeid

Av

Mette Harriet Berntsen og Oddrun Anita Linge

Avhandling avlagt ved

Handelshøjskolen i København for graden

Master of Public Administration 2012



FORORD

Samhandlingsreformen er i disse dager et sentralt tema i alle norske kommuner. Den utvider kommunens ansvar og utfordrer helsesektoren til å utvikle nye og mer bærekraftige arbeidsformer, blant annet gjennom sterkere satsing på forebyggende helsearbeid og samarbeid med frivillige lag og organisasjoner.

Oppfølging av samhandlingsreformen er en sentral oppgave for oss begge i kraft av rollen vår som rådgivere i rådmannens fagstab i Trondheim kommune. Vi har begge mange års erfaring fra dette arbeidsområdet, men har de siste årene opplevd et økende behov for ny kunnskap både hos oss personlig og for kunnskap om ulike forhold, som skaper utfordringer for utvikling av kommunal sektor.

Denne masteavhandlingen markerer avslutningen på nesten 2,5 års studium som er tatt ved siden av arbeid i full stilling. Denne kombinasjonen har gjort studiet spesielt inspirerende fordi temaene har hatt stor relevans for det daglige arbeidet, og masteravhandlingen har gitt oss anledning til å ta en fordypning i et tema som opptar oss i hverdagen. Uten god støtte og tilrettelegging fra arbeidsgiver, og velviljen og de gode diskusjonene med dyktige kollegaer ville det imidlertid vært vanskelig å gjennomføre et slikt studium. Tusen takk til dere alle!

Vi vil også rette en varm takk til vår veileder Tor Busch for god støtte gjennom hele arbeidsprosessen og for at vi fikk høste av dine erfaringer og store kunnskap.

Takk også til venner og familier for all støtte og tålmodighet gjennom disse årene!

Trondheim 26.3.2012

Mette Harriet Berntsen og Oddrun Anita Linge

Innholdsfortegnelse

FORORD	2
Innholdsfortegnelse	3
SAMMENDRAG	6
SUMMARY	7
DEL 1 INNLEDNING OG PROBLEMSTILLING	8
1.1 Innledning	8
1.2 Valg av tema	10
1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål	10
1) Hvilke utfordringer er knyttet til ulike verdier blant samarbeidspartnerne?	11
2) Hvilke utfordringer er knyttet til ulike interesser blant samarbeidspartnerne?	11
3) Hvilke utfordringer er knyttet til utvikling av velfungerende samarbeidsavtaler mellom partnerne?	11
4) Hvilke organisasjonsmessige utfordringer ligger i det forebyggende helsearbeidet?	11
1.4 Sentrale begreper i det empiriske feltet	12
1.4.1 Forebyggende arbeid	12
1.4.2 Lavterskeltilbud	12
1.4.3 Tidlig intervensjon og tidlig identifikasjon	12
1.4.4 Folkehelsearbeid	13
1.4.5 Lærings- og mestringssenter (LMS) og lærings- og mestringstilbud	13
1.4.6 Frisklivssentral	14
1.5 Empirisk felt – Trondheim kommune og frivillige lag og organisasjoner	14
1.5.1 Trondheim kommune	14
1.5.2 Frivillige organisasjoner	17
DEL 2 TEORI	19
2.1 Verdiperspektivet	19
2.2 Makt og interesse	22
2.3 Nettverksteori	25
2.4 Partnerskap	28
2.5 Kontraktteori	32
2.6 Organisasjonsstruktur	34
DEL 3 METODE	37

3.1 Vitenskapsteoretiske refleksjoner	37
3.1.1 Deduktiv eller induktiv datainnsamling	38
3.1.2 Holisme eller individualisme.....	38
3.1.3 Nærhet eller distanse	39
3.2 Valg av undersøkelsesdesign.....	40
3.3 Valg av metode for datainnsamling	42
3.3.1. Intervjuundersøkelse	42
3.3.2 Dokumentundersøkelser	43
3.4 Valg av datakilder	43
3.5 Instrumenter for datainnsamling	45
3.6 Dataanalyse.....	46
3.7 Gyldighet, pålitelighet og overførbarhet.....	47
3.8 Kritisk refleksjon.....	49
DEL 4 ANALYSE.....	50
4.1 utfordringer knyttet til ulike verdier blant samarbeidspartnerne	50
4.1.1 Grunnleggende felles verdier	50
4.1.2 utfordringer i møtet mellom kommunens byråkratiske verdier og brukerorganisasjonenes verdier.....	56
4.1.3 utfordringer knyttet til håndtering av verdimotsetninger.....	62
4.2 utfordringer knyttet til ulike interesser blant samarbeidspartnerne.....	65
4.2.1 Interesser og utfordringer i samfunnsutvikling	65
4.2.2 Særinteresser og felles interesser i utvikling av tjenestetilbudet.....	70
4.2.3 Påvirkning og innflytelse.....	75
4.2.4 utfordringer knyttet til håndtering av ulike interesser	78
4.3 utfordringer ved utvikling av velfungerende samarbeidsavtaler mellom partnerne	81
4.3.1 Lovpålagt samarbeid, statlige og kommunale føringer om samarbeid.....	81
4.3.2 Avveining av behovet for skriftlige samarbeidsavtaler.....	83
4.3.3 utfordringer i prosessen fram mot en avtale	86
4.3.5 Avtaler i form av kontrakter eller partnerskap	90
4.3.6 utfordringer knyttet til håndtering av avtaler.....	93
4.4 Organisasjonsmessige utfordringer i forebyggende helsearbeid.....	95
4.4.1 Kommunens organisering av forebyggende helsearbeid.....	95
4.4.2 Oppgavefordeling mellom kommunen og frivillig sektor.....	101

4.4.3 Utfordringer i et nettverk.....	105
4.4.4 Styringsmuligheter i nettverk belyst ved LMS-nettverket	108
DEL 5: SAMARBEID MELLOM KOMMUNE OG FRIVILLIGE LAG OG ORGANISASJONER	115
5.1 Oppsummering av funn	115
5.2 Veien videre.....	119
Referanseliste	122

SAMMENDRAG

Vi har undersøkt hvilke utfordringer og muligheter som ligger i samarbeidet mellom kommune og frivillige organisasjoner om det forebyggende helsearbeidet. For å belyse dette har vi valgt en kvalitativ studie. Vi har intervjuet til sammen tolv personer fra ulike enheter i Trondheim kommune og representanter for brukerorganisasjonene, Diabetesforbundet, Kreftforeningen og "Vårres" brukerstyrte senter (psykisk helse).

Vi har undersøkt hvilke verdier som preger organisasjonene, deres interesser for samarbeid, behovet for samarbeidsavtaler og organisering av det forebyggende helsearbeidet.

Vi har benyttet teori om verdier, makt, nettverk, kontrakter og partnerskap og organisasjonsstruktur i studien. Våre funn viser at kommunen og organisasjonene deler et sett av felles verdier, men det er også verdimotsetninger mellom dem. Kommunens interesse for samarbeid med frivillige er i liten grad styrt av økonomi. Fokuset er rettet mot å bidra til bedre helse for byens innbyggere. De frivillige organisasjonene har som formål å fremme sine medlemmer interesser, som ikke alltid er sammenfallende med kommunens interesser. De fleste avtalene mellom kommunen og de frivillige er muntlige, men partene ønsker å inngå skriftlige avtaler, som er mer forpliktende. I organisering av det forebyggende helsearbeidet viser vår studie at det bør foregå lokalt der folk bor, og at noen oppgaver kan sentraliseres.

Studien viser at det er behov for å drøfte prinsipielle forhold knyttet til oppgavefordeling mellom kommune og frivillige organisasjoner og finne en struktur på samarbeidet.

SUMMARY

We have examined the challenges and possibilities of cooperation between the municipality and voluntary organizations on the preventive health work. To shed light this we have chosen a qualitative study. We have interviewed a total of twelve people from different entities in the municipality of Trondheim and representatives of the following user organizations: Diabetesforbundet, Kreftforeningen and "Vårres" brukerstyrte Senter (mental health).

We have examined the values that characterize organizations, their interests for cooperation, the need for cooperation agreements and organization of the preventive health work.

We have used theory on values, power, networks, contracts, and partnerships and organizational structure in the study. Our findings show that the municipality and the organizations share a set of common values, but that there are also conflicts of values between them. The municipality's interest in cooperation with volunteers is only in small part controlled by economics. The focus is aimed at contributing to better health for the population of Trondheim. The voluntary organizations aim is to promote their members' interests, which do not always coincide with the municipality's interests. Most of the agreements between the municipality and the volunteers are verbal, but the parties wish to make written agreements, which are more binding. In the organizing of the preventive health work, our study shows that it should happen locally where people live, and that some tasks can be centralized.

The study shows that there is a need for discussion the principal issues related to the division of tasks between the municipality and voluntary organizations and find a structure for this cooperation.

DEL 1 INNLEDNING OG PROBLEMSTILLING

1.1 Innledning

Denne oppgaven handler om forebyggende helsearbeid og muligheter og utfordringer knyttet til samarbeid mellom kommunen og brukerorganisasjoner og på kommunal lærings- og mestringsevne. Vi vil innledningsvis beskrive statens føringer for lærings- og mestringstilbud i helsetjenesten med utgangspunkt i St. meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen*, samt regjeringen og kommunens satsing på frivillig sektor beskrevet i St. meld 39 (2006 – 2007) *Frivillighet for alle*. Frivillig sektor avgrenses i vår studie til brukerorganisasjoner innen helse og omsorg sitt virksomhetsområde.

Utviklingen av demografi og sykdomsbilde skaper *nye utfordringer* med økende innslag av livsstilsrelaterte sykdommer som for eksempel hjerte- og lungesykdommer, kreft og diabetes II. Medisinsk nyvinning gjør det mulig å redde flere liv, men det betyr også at mange mennesker må leve med store utfordringer i hverdagen som følge av kroniske sykdommer eller funksjonsnedsettelse på grunn av sykdom eller skader. I dette ligger det videre risiko for komplikasjoner, senvirkninger og tilleggsproblemer. Helsesektoren bør derfor i større grad fokusere på å begrense sykdom og tilleggsproblemer i følge St.meld. 47 (samhandlingsreformen).

Når det i samhandlingsreformen legges opp til langt sterkere fokus på forebygging, understøttelse av pasientens egenmestring, tidlig intervensjon og lavterskeltilbud, er dette oppgaver som i stor grad ligger under det kommunale ansvaret. Tiltakene er viktige i et pasientperspektiv fordi de bidrar til å unngå at sykdom inntreffer og utvikles. Videre er de viktige i forhold til bærekraftig utvikling fordi de kan redusere behovet for dyr innsats fra spesialisthelsetjenesten i sene faser av sykdomsutviklingen (St.meld 47, 27).

Dersom ikke utfordringene møtes med tilstrekkelig vilje og evne til å utvikle nye løsninger, vil valget, i følge Samhandlingsreformen stå mellom to ikke ønskelige alternativer. ”Enten får vi en utvikling som blir en trussel mot samfunnets bæreevne, eller så blir det over tid nødvendig med prioriteringsbeslutninger som vil bryte med grunnleggende verdier i den norske velferdsmodellen” (St.m.47,14).

Regjeringen vurderer *fem hovedgrep* for å møte framtidens utfordringer: Klarere pasientrolle, ny framtidig kommunerolle, etablering av økonomiske incentiver, spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse, og det femte hovedgrepet er å tilrettelegge for tydeligere prioriteringer (St.meld. nr 47,14-16). Vår studie omhandler de to første av de fem hovedgrepene, pasientrollen og den framtidige kommunerollen.

Den nye pasientrollen handler om samhandling mellom bruker og helsesektor, om å gi pasienter eller brukere større *medvirkning* i utviklingen av eget tjenestetilbud, men også utvikling av tjenesteapparatet og *gode pasientforløp*.

Essensen i den nye *kommunerollen* er slik (St.meld. nr. 47,15): ”Kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlig pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON).” Det påpekes videre at en tilrettelegging av tjenestetilbudet som medfører at sykdomsutviklingen hindres eller utsettes, er bra både for folks helse og for samfunnets økonomi. Behov bør identifiseres og tjenester settes inn så tidlig som mulig. Vi vil rette fokus på den delen av kommunerollen som handler om økt satsing på forebygging og tidlig intervensjon.

Statlige og kommunale føringer tilsier satsing på *frivillige lag og organisasjoner*. Stoltenberg-regjeringens ”Soria Moria-erklæring” la ved tiltredelse i 2009 opp til at det skulle satses sterkere på sykdomsforebyggende arbeid.

Regjeringen har lagt fram St. meld 39 (2006 – 2007) *Frivillighet for alle*. ”Frivillige løser samfunnsoppgaver, som ikke velferdsstaten kan løse”, ifølge kulturminister Anniken Huitfeldt i bladet ”Sammen mot kreft”, utgitt av Kreftforeningen, nr. 1 2011. Hun slår fast at de frivillige helseorganisasjonene har vært med på å bygge opp velferdstilbudet i Norge og legge grunnlaget for velferdsstaten. Anniken Huitfeldt sier at hun ser det blant annet som en fordel at mennesker med kreftsykdom har muligheter for å diskutere behandlingen med noen som står utenfor helsevesenet, og hvor man kan få informasjon. Gjennom frivillige organisasjoner er det mulig å ta opp andre typer spørsmål enn de man føler at man kan ta opp med legen eller sykehuset. Hun sier videre at et viktig spørsmål i velferdsstaten er ensomhet, og at helse- og omsorgstjenestene ikke kan ansette folk som kan fylle det sosiale behovet. Frivillige kan derimot bidra og gi av sin tid, ifølge Huitfeldt.

Å delta i frivillig arbeid har en lang tradisjon i Norge. I 2007 utgjorde innsatsen til sammen 113 000 årsverk, fordelt på 115 000 små og store organisasjoner. I følge Frivillighetsmeldinga utgjør velferdsfeltet 11 prosent av medlemmene i den frivillige sektoren, med flest medlemmer innen helse, pleie og redningsarbeid, tilsvarende 8 prosent av den totale medlemsmassen i frivillig sektor fordelt på 2000 organisasjoner (2 prosent) . I denne gruppa finner vi store medlemsorganisasjoner som Kreftforeningen, Nasjonalforeningen for folkehelsen, Norske Kvinners Sanitetsforening, Redningsselskapet, Norges Røde Kors og Norsk Folkehjelp (St.meld. 39,71). Vår studie begrenser seg til tre av brukerorganisasjonene i den gruppen.

1.2 Valg av tema

Vi vil forske på forebyggende helsearbeid i kommunen, avgrenset til den delen av arbeidet, Frisklivssentral, Infosenteret for seniorer, helsestasjoner, lærings- og mestringstilbud, og deres samarbeid med frivillig sektor. Innenfor frivillig sektor ligger fokuset på brukerorganisasjonene.

Den nye kommunerollen innebærer en omfattende utvidelse av kommunens ansvarsområde, samtidig som det er klare føringer om at utviklingen av nye tjenester i kommunen skal skje på en måte som demper veksten i helsesektoren. Dette skal blant annet skje ved sterkere satsing på lavterskeltilbud, forebygging og tidlig intervensjon, for eksempel i form av utbygging av kommunale lavterskeltilbud og lærings- og mestringssenter (se definisjoner nedenfor).

Noe av årsaken til det utvidede ansvaret for kommunen, er kommunens nærhet til lokale aktører som det er aktuelt å samarbeide med. I denne sammenheng er det viktig å finne ut hvilke oppgaver som allerede ivaretas av andre organisasjoner, og hva organisasjonene ønsker og forventer fra kommunen.

Vårt tema er forebyggende arbeid i kommunen og mulighetene som ligger i samarbeid med frivillige lag og organisasjoner, og da spesielt brukerorganisasjonene siden det er disse som er spesielt aktuelle i lærings- og mestringsevne (heretter forkortet til LMS). Siden dette er en så ny virksomhet i kommunene, vil vi også trekke veksler på erfaringer fra annet forebyggende og samarbeid med andre frivillige lag og organisasjoner. LMS er en virksomhet som finnes i ulike former innen spesialisthelsetjenesten, og som nå også er et satsingsområde i kommunene som en konsekvens av føringer i Samhandlingsreformen (St.meld.47 (2008-2009)). Noe av begrunnelsen for å gjøre dette til et kommunalt ansvar, er at kommunene i større grad enn spesialisthelsetjenesten har muligheter til å samarbeide med frivillige lag og organisasjoner i lokalmiljøet. Trondheim kommune har, sammen med de andre kommunene i Trondheimsområdet (Klæbu, Midtre Gauldal, Melhus og Malvik), fått prosjektmidler til å utvikle en interkommunal modell for LMS. Virksomheten skal bygges opp som en nettverksmodell.

1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål

I Samhandlingsreformen ligger det forventninger til kommunene at de både skal satse sterkere på forebyggende helsearbeid, og at de i den sammenheng skal samarbeide mer med andre lokale aktører som for eksempel frivillige lag og organisasjoner.

Vi deler opp problemstillingen i fire forskningsspørsmål med fokus på *verdier, interesser, samarbeidsavtaler og organisering av virksomheten*.

Hvilke muligheter og utfordringer står kommunen overfor i samarbeid med frivillige lag og organisasjoner om det forebyggende helsearbeidet

1) Hvilke utfordringer er knyttet til ulike verdier blant samarbeidspartnerne?

I nettverket møtes ulike organisasjoner med ulik kultur og verdigrunnlag. Kunnskap om de samarbeidende organisasjonenes verdier og normer mener vi er viktig fordi det gir innsikt i og forståelse for organisasjonenes egenart.

Vi vil belyse dette hovedsaklig ut fra verdiperspektivet i organisasjonsteorien. Skal et samarbeid fungere, må det finnes felles verdier og interesser som binder dem sammen, områder hvor det er grunnlag for å oppnå noe for begge parter.

2) Hvilke utfordringer er knyttet til ulike interesser blant samarbeidspartnerne?

Kunnskap om interesser er en forutsetning for å avdekke potensielle samarbeidsområder, hva man har av fellesinteresser og potensielle interessekonflikter som må håndteres. Ett av forholdene som kjennetegner samarbeid med offentlig og frivillig sektor, er at det er to selvstendige parter uten instruksjonsmyndighet overfor hverandre.

Interessentmodellen og maktteori er utgangspunkt for analyse av utfordringene knyttet til interessene i nettverket, og betydningen dette har for utvikling av samarbeidet.

3) Hvilke utfordringer er knyttet til utvikling av velfungerende samarbeidsavtaler mellom partnerne?

Større kunnskap om utfordringer ved inngåelse av samarbeidsavtaler vil gi oss bedre grunnlag for valg av riktige samarbeidsformer i virksomheten. Gjennom dette spørsmålet ønsker vi å avdekke hvilke utfordringer og muligheter som ligger i samarbeidet. Er det tilfredsstillende å ha muntlige avtaler eller vil samarbeidsformene kreve formelle avtaler.,

I analysen er det tatt utgangspunkt i nettverksteori, kontraktteori, forhandlingsteori.

4) Hvilke organisasjonsmessige utfordringer ligger i det forebyggende helsearbeidet?

Kommunen skal etablere nye tilbud og arbeidsformer, og dette skal gjøres slik at vi får mer ut av knappe ressurser. Forebyggende helsearbeid er et arbeidsfelt med mange aktører i og utenfor kommunen, og organiseringen byr derfor på utfordringer som vi ønsker større innsikt i. Gjennom dette forskningsspørsmålet ønsker vi mer kunnskap om utfordringer for å få bedre innsikt for valg av organisering av virksomheten.

Det teoretiske grunnlaget i analysen har hovedsakelig vært strukturperspektivet på organisasjon og nettverksstyring.

1.4 Sentrale begreper i det empiriske feltet

Vi vil ta for oss noen sentrale begreper fra det empiriske feltet som vil gå igjen i teksten.

1.4.1 Forebyggende arbeid

I Samhandlingsreformen (St.meld.47, 86) er forebyggende helsetjenester definert slik:

Primærforebyggende helsetjenester: Målet er å oppnå god helseatferd, å være frisk og unngå sykdom og skade. Eksempler: helsestasjons- og skolehelsetjeneste, vaksiner, ulykkesforebygging, helseopplysning, lavterskeltilbud rettet mot risikogrupper.

Sekundærforebyggende helsetjenester: Målet er å forebygge tilbakefall og holde seg frisk. Eksempler: Medisinering, aktivisering, røykeavvenning, kostholdsveiledning.

Tertiærforebyggende helsetjenester: Målet er å leve med problemet, men hindre at den blir verre. Eksempler: Å klare dagliglivets gjøremål, trene opp funksjonsevnen, læring og mestring (rehabilitering).

Andre begreper som kan dukke opp på dette området er *universelle tiltak*, *selektive tiltak* og *indikative tiltak* som svarer til samme inndelingen som ovenfor. Helsedirektoratet (2011, 1) definerer begrepene slik:

- *Universelle tiltak som retter seg mot hele befolkningen*
- *Selektive tiltak som retter seg mot bestemte grupper som vurderes som mer risikoutsatt*
- *Indikative tiltak retter seg mot enkeltpersoner med et definert problem*

1.4.2 Lavterskeltilbud

Lavterskeltilbud definerer vi som et tilbud som innbyggerne har lett tilgang på, og som de kan oppsøke uten henvisning fra lege eller annet helsepersonell.

1.4.3 Tidlig intervensjon og tidlig identifikasjon

Disse begrepene brukes mye i samhandlingsreformen, men er ikke definert. De påpeker at det er viktig å gå inn på et tidligere tidspunkt enn før for å forebygge helseproblemer.

Vi definerer begrepene slik:

Tidlig identifikasjon og tidlig intervensjon handler om å *identifisere* og håndtere et helseproblem på et så tidlig tidspunkt at problemet forsvinner eller blir begrenset med en svært liten innsats. *Tidlig identifikasjon* og intervensjon kan forekomme på ulike tidspunkt i en tenkt utvikling på bakgrunn av kjennskap til risikofaktorer og symptomer. Intervensjonene som eventuelt måtte følge etter identifikasjonen, kan ha som formål å minimalisere risikofaktorene og styrke beskyttelsesfaktorene rundt dem det gjelder.

Tidlig intervensjon kan rettes både direkte mot personer som er i risiko (direkte tiltak), og indirekte mot personen i risiko ved å arbeide med miljøet (familie/nettverk) rundt den enkelte

(indirekte tiltak). Det kan videre arbeides med tidlig intervensjon gjennom *universelle* befolkningsrettede strategier, gjennom *selektive* strategier mot utsatte grupper/områder, eller gjennom *indikative* strategier mot individer der problemer allerede er observert. Tidlig intervensjonsarbeid kan også rettes mot utsatte geografiske områder (lokalsamfunn).

1.4.4 Folkehelsearbeid

Folkehelselovens § 3 definerer *folkehelse* som ” befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i befolkningen” og *folkehelsearbeid* er samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.

Folkehelsearbeid er med andre ord samfunnets samlede innsats for å fremme helse, redusere risiko for sykdom og skade og beskytte mot ytre helsetrusler. Målet er flere leveår med god helse i befolkningen og å redusere sosiale helseforskjeller. Strategiene retter seg mot hele befolkningen hvor helsetjenesten og andre sektorer kan påvirke samfunnsutviklingen.

1.4.5 Lærings- og mestringssenter (LMS) og lærings- og mestringstilbud

Lærings- og mestringstilbud har til nå vært en oppgave for spesialisthelsetjenesten, men i følge samhandlingsreformen skal dette bli en viktig oppgave også for kommunehelsetjenesten, blant annet for å utnytte potensialet som ligger i samarbeid med ulike lokale aktører som for eksempel frivillige lag og organisasjoner.

Begrepene lærings- og mestringssenter (ofte forkortet til LMS) og lærings- og mestringstilbud brukes ofte om hverandre i fagmiljøet, selv om tilbudet ikke alltid er organisert i senter.

Et lærings- og mestringssenter (LMS) er en møteplass for helsepersonell, erfarne brukere, pasienter og deres pårørende. Et LMS arbeider for at pasienter, brukere og pårørende skal få informasjon, kunnskap og bistand til å håndtere langvarig sykdom og helseforandringer. LMS har som mål at brukerne skal få utvidet innsikt om egen situasjon, bli styrket i sin mestring av hverdagen og slippe flest mulig sykehusinnleggelser (NK LMS 2011).

Samhandlingsreformen sier dette om lærings- og mestringstilbud:

Lærings- og mestringstilbud kan være både primær- og sekundærforebygging (St.meld 47, 66).

Ved å utvikle lærings- og mestringstilbud i kommunene kan kommunene også ivareta en viktig koordinatorfunksjon og søke etter mulige samarbeidspartnere som ikke på samme måte eksisterer i spesialisthelsetjenesten, for eksempel frivillighetssentraler, lokale foreninger etc. (St.meld.47, 67).

Oppgavene kan omfatte kurstilbud og selvhjelpsgrupper for ulike brukergrupper eller fagpersonell, for eksempel mestringkurs, innføringskurs for likemenn/veiledere, livsstilskurs for type 2-diabetikere og kurs i helsepedagogikk (St.meld. 47, 84).

Standard metode:

Nasjonale kompetansesenter for læring og mestring beskriver Standard metode slik:

Arbeidsmåten, som kalles Standard metode (vår understreking), ble utviklet i landets første LMS på Aker sykehus, Oslo. Arbeidsmåten er basert på dialog og forankret i verdiene om brukermedvirkning og sidestilling av brukererfaring og fagkunnskap. Standard metode anbefales både der nye lærings- og mestringstilbud skal utvikles og i det kontinuerlige kvalitetsutviklingsarbeidet rundt tilbudene. Prosessen er et viktig poeng i utviklingen og gjennomføringen av tilbudet. Tanken er at det i møtene mellom fagpersoner og brukerepresentanter bygges kompetanse. [...] Standard metode beskriver ikke de faglige begrunnelsene eller didaktiske overveielser som ligger til grunn for de enkelte tilbudene (NK LMS 2011).

1.4.6 Frisklivssentral

Begrepet lærings- og mestringssenter har vært lite brukt i kommunene til nå, men kommunen har hatt flere tilbud som ligger nært opp til dette tilbudet. Mye av denne virksomheten har de siste årene vært samlet under begrepet *frisklivssentral*. Helsedirektoratet (2011, 9) beskriver frisklivstilbud og frisklivssentraler på følgende måte:

Frisklivstilbud kan defineres som individ- og grupperettede tiltak for å fremme god helseatferd og for å sikre sosiale fellesskap.

En frisklivssentral (FLS) er et kommunalt kompetansesenter for veiledning og oppfølging primært innenfor helseatferdsområdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. Frisklivssentralen har et strukturert henvisnings- og oppfølgingssystem for personer med behov for å endre helseatferd. Sentralen kan i tillegg fungere som en ressurs og et kontaktpunkt for andre helsefremmende tiltak i kommunen.

1.5 Empirisk felt – Trondheim kommune og frivillige lag og organisasjoner

Vi vil her gi en nærmere beskrivelse av det empiriske feltet for vår studie som er foretatt i Trondheim kommune og et utvalg av frivillige lag og organisasjoner.

1.5.1 Trondheim kommune

Trondheim kommune er en bykommune i Midt-Norge med ca 170 000 innbyggere. Kommunen har over 10 000 årsverk fordelt på ca 13800 ansatte. Privatpraktiserende fysioterapeuter og fastleger med avtale med kommunen kommer i tillegg. De to største sektorene er Helse og velferd og Oppvekst og utdanning. Helse og velferd består blant annet av Frisklivssentral, legetjeneste, fysioterapi, ergoterapi, hjemmesykepleie og sykehjem. Oppvekst og utdanning består blant annet av skoler, barnehager og barne- og familietjenester, inkludert helsestasjoner. Trondheim kommune har startet et interkommunalt samarbeid om utvikling av lærings- og mestringssenter (LMS) som inkluderer begge de nevnte sektorene.

I vårt forskningsstudium avgrensner vi oss til noen av de tjenestene i Trondheim kommune som er mest sentrale i forbyggende helsearbeid, nærmere bestemt Frisklivssentralen, Infosenter for seniorer, helsestasjon og skolehelsetjenesten, lærings- og mestringsnettverket og samarbeidet med frivillig sektor.

Helsestasjon- og skolehelsetjenesten er en del av Barne- og familietjenesten i kommunen. Innsatsen på helsestasjoner og skolehelsetjenesten reguleres gjennom en statlig veileder (Helsedirektoratet 2003) og kommunale vedtak. Målet med det helsefremmende og forebyggende arbeidet er å styrke det som bidrar til god helse og svekke det som medfører helserisiko. Helsevaner legges i oppveksten, og vil være førende i forhold til helsevaner i voksen alder. Helsestasjon og skolehelsetjeneste jobber med befolkningsrettede tiltak mot alle barn og unge og deres familier, mot barnehager og skoler. Helsestasjon - og skolehelsetjenestevirksomheten (0 – 20 år) skal sikre at flest mulig får helseopplysning, støtte råd og veiledning slik at de vil etablere positive levevaner. Tjenesten gir hjelp og støtte i forhold til barn og ungdom i risiko, og til de som har funksjonsnedsettelse.

Veilederen anbefaler ulike program for svangerskapsomsorg, for barn i alderen 0 – 5 år og for barn i grunnskole, ungdomsskole og videregående skole. Innsatsen er tverrfaglig organisert.

Det finnes foreløpig bare en frisklivssentral i Trondheim pr i dag, men målet er fire frisklivssentraler, dvs. en i hver bydel. Dagens sentral mottar henvisninger fra alle bydeler. Tilbudet består av individuell veiledning og gruppetilbud *innenfor helseatferdsområdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakk*.

I tillegg til Frisklivssentralen finnes det *forebyggende tiltak og lavterskeltilbud* i form av treningsgrupper i fysioterapitjenesten, kurs og veiledning til syns - og hørselshemmede i ergoterapitjenestene, informasjonsvirksomhet for eldre og treffsteder for mennesker med psykiske problemer. Trondheim kommune har invitert kommunene i Trondheimsområdet og brukerorganisasjonene til et nettverkssamarbeid om utvikling av en interkommunal lærings- og mestringsmodell. Det er innvilget prosjektmidler til dette fra departementet. Brukerorganisasjonene er representert gjennom et brukerutvalg og deltakelse i prosjektgruppa som klan sies å være et nettverk av representanter fra de ulike interessentene og bestemmelsene om standard metode forvente innflytelse over utviklingen. En av våre respondenter fra Kreftforeningen sitter i brukerutvalget. Prosjektskissen (søknaden til helsedirektoratet om prosjektmidler) for den interkommunale lærings- og mestringsmodellen i Trondheim (Trondheim kommune 2011) og andre interne dokumenter danner utgangspunkt for studie av *lærings- og mestringsvirksomheten* i Trondheim. Denne virksomheten er i en oppstartsfasen. Prosjektbeskrivelsen skisserer en interkommunal *nettverksmodell* med følgende mål og tiltak:

Mål:

1. Å ivareta forebyggende arbeid på systemnivå, herunder bygge opp systemer som gir oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer i tråd med ny folkehelselov.
2. Spisse forebyggingsinnsatsen inn mot områder og tiltak med dokumentert effekt
3. Utvikle en interkommunal modell for lærings- og mestringstilbud ut fra bruker-medarbeider-, økonomi- og samfunnsperspektivet. Modellen skal ivareta koordinatorfunksjonen, samarbeid med helseforetak, brukerorganisasjoner og andre lokale aktører. Avklaring av ansvarsforhold mellom partene blir en viktig del av prosjektet.
4. Bygge opp nødvendig kompetanse for å ivareta kommunalt ansvar for lærings- og mestringsvirksomhet.

Tiltak:

- Etablere et brukerforum (rådgivende organ) for lærings- og mestringscenteret
 - Kartlegge brukerorganisasjonenes egeninnsats på området
 - Identifisere behov
- Kartlegge hva som finnes av tiltak i alle samarbeids kommunene og helseforetak og sette det i system.
- Kartlegge hva som finnes av kompetanse i de samarbeidende kommunene, samt forskning innen forebygging, læring og mestring.
- Spisse innsatsen inn mot konkrete målgrupper (kunnskapsbaserte vurderinger av muligheter).
- Fordeling av ansvar for tiltak mellom samarbeidende parter.
- Kompetanseutvikling på motiverende samtaler.
- Koordinering opp mot andre prosjekter og eksisterende tilbud bl.a. for å utvikle system for identifisering av behov.
- Komme med anbefalinger for kommende budsjettperioder. Hva kan gjennomføres innenfor dagens rammer, mulige synergier av samarbeid, behov for friske midler.
 - Identifisere behov for kompetanseutvikling og foreslå tiltak.
- Organisere lærings- og mestringscenter, herunder utvikle samarbeidsmodell og koordineringsfunksjon av tiltak.

(Trondheim kommune 2011)

Det legges som nevnt opp til en nettverksmodell for lærings- og mestringsvirksomheten i dette prosjektet. Likevel er det vanlig å bruke begrepet lærings- og mestringscenter (LMS) på denne virksomheten, både i søknaden og i dagligtale, fordi dette er innarbeidet som et nasjonalt begrep.

Om brukerråd i Trondheim kommune

Et brukerråd består av brukere/representanter for brukere av tjeneste, enhetsleder og ansatte ved tjenesten. Sammen jobber brukerrådet for at tjenesten til enhver tid skal være optimal. Dette vil en oppnå når det er et godt samspill mellom brukerne og fagfolkene. Det er summen av begge parters kompetanse kommunen vil utløse.

Brukerrådet er en arena for dialog, et sted for fruktbart samspill mellom brukere, ansatte fagfolk og enhetslederen. Her skal det utveksles synspunkter, erfaringer, verdier og fagkunnskap for at tjenestekvaliteten skal bli basert på et bredest og best mulig grunnlag. Og veien til kommunens øverste ledelse skal være kort (Trondheim kommune 2006).

Kommunalt råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne (KFU)

Lov om kommunale råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne ble vedtatt i 2005 og trådte i kraft 10. september 2007. Alle nye kommunestyre og fylkesting skal oppnevne slike råd eller eventuelt en annen representasjonsordning for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Representasjonsordningen er viktig for å sikre god brukermedvirkning. Ordningen er derfor også viktig for lokaldemokratiet. Gjennom et godt fungerende råd kan kommunene sikre seg at verdifull erfaringskompetanse på en systematisk måte blir spilt inn i planarbeidet i kommunen og medvirke til at valg av løsninger blir så inkluderende som mulig.

1.5.2 Frivillige organisasjoner

Regjeringens St. meld. 39 (2006 – 2007) *Frivillighet for alle* har følgende mål:

Frivillig sektor utgjør et mangfold av frivillige lag og organisasjoner som gjør en stor samfunnsinnsats. I 2007 utgjorde innsatsen til sammen 113 000 årsverk, fordelt på 115 000 små og store organisasjoner. Gjennomsnittet ligger på 88 medlemmer per organisasjon, noe som viser at det norske organisasjonssamfunnet består av en stor andel små lokallag uten betalte ansatte og med ubetydelige økonomiske ressurser (St.meld.39).

I følge Frivillighetsmeldinga utgjør velferdsfeltet 11 prosent av medlemmene i den frivillige sektoren, med flest medlemmer innen helse, pleie og redningsarbeid, tilsvarende 8 prosent av den totale medlemsmassen i frivillig sektor fordelt på 2000 organisasjoner (2 prosent), store medlemsorganisasjoner som Kreftforeningen, Nasjonalforeningen for folkehelsen, Norske Kvinners Sanitetsforening, Redningsselskapet, Norges Røde Kors og Norsk Folkehjelp (St.meld. 39, 71). Vår studie begrenser seg til tre av brukerorganisasjonene i den gruppen.

Regjeringen vil sikre en helhetlig frivillighetspolitikk gjennom,

- Å sikre frivillighetens uavhengighet og mangfold
- Å legge til rette for at alle kan delta i frivillig arbeid
- Å sørge for bedre vilkår for frivillig virke lokalt
- Å øke kunnskapen og oppmerksomheten om frivillighetens rolle og betydning for
- Å samordne og utvikle statlig frivillighetspolitikk i samfunnet

I følge *Trondheim kommunes verdiplattform for samarbeid med frivillige lag og organisasjoner* defineres frivillig innsats som ulønnet innsats, der idealisme, verdigrunnlag, sosialt og etisk ansvar er noen av årsaksfaktorene for engasjementet. Ofte ser man at det

frivillige engasjement kommer av et ønske om å holde på med aktiviteter som gir mening, som har betydning for andre, og som gir den enkelte sosialt felleskap, sosial tilhørighet og sosial integrasjon. I noen tilfeller kan frivillig innsats belønnes, men da gir kommunen økonomisk kompensasjon, gratis leievilkår eller økonomisk tilskudd til den foreningen eller organisasjonen som den enkelte representerer.

I det videre arbeidet med å systematisere Trondheim kommunes frivillighetspolitikk vil det være den frivillige innsats som ytes, uten personlig økonomisk kompensasjon, som legges til grunn.

Frivillighetsmeldingen omfatter ikke samarbeidsavtaler mellom kommunen som bestiller og frivillige/ ideelle organisasjoner som utfører en tjeneste på vegne av kommunen mot full økonomisk kompensasjon” (Verdiplattform for samarbeid med frivilligheten i Trondheim kommune).

Valg av respondenter ble avgrenset til tre av bruker- og interesseorganisasjoner som er sentrale for målgruppene for lærings- og mestringssenteret; Kreftforeningen, Diabetesforbundet og ”Vårres” brukerstyrte senter.

Kreftforeningen er en landsdekkende medlemsorganisasjon for frivillig kreftarbeid, ca. 100 000 medlemmer. Arbeidet er basert på innsamlede midler, gaver og støtte fra privatpersoner og næringsliv (kreftforeningen.no). Kreftforeningen er en landsdekkende organisasjon for frivillig kreftarbeid i Norge over hele landet. Kreftforeningen arbeider forebyggende med hovedfokus på tobakk (St.meld. 39, 155).

Diabetesforbundet er en uavhengig interesseorganisasjon for folk som har diabetes og andre som er interessert i diabetes. Forbundet har over 40.000 medlemmer, 19 fylkeslag og 138 lokallforeninger (diabetes.no).

”Vårres” brukerstyrte senter er ikke en brukerorganisasjon, men et brukerstyrt kompetansenettverk og senter for brukergrupper med ulike psykiske lidelser som AD/HD, Tourettes Syndrom, emosjonelle vansker og liknende tilstander, deres søsken og øvrige pårørende (varres.no). Disse brukergruppene er hver for seg små sammenlignet med Kreftforeningen og Diabetesforbundet. Norsk Tourette Forening har eksempelvis 442 medlemmer og 6 fylkeslag, og ADHD Norge har 9.300 medlemmer, 18 fylkeslag og 21 lokallag, og 21 lokallag (ffo.no).

DEL 2 TEORI

Forskningsspørsmålene peker på ulike tema ved samarbeidet mellom kommune og frivillige lag og organisasjoner, som kan skape utfordringer. Temaene er verdier, interesser, samarbeidsavtaler og organisering. De teoriene vi har valgt gir oss et bredt grunnlag for å analysere og belyser disse temaene i studien.

I vår studie har vi lag vekt på å belyse problemstillingen fra flere vinkler. Bolman og Deal (2009) viser at det er nyttig å belyse en problemstilling fra flere perspektiver og deler perspektivene inn i fire ulike kategorier; det strukturelle perspektivet, Human Resource (HR), det politiske perspektivet og det symbolske perspektivet.

Det strukturelle perspektivet fremstiller organisasjonen som en maskin, der alt skal virke sammen på en rasjonell og hensiktsmessig måte. Det legges vekt på mål, spesialiserte roller og formelle relasjoner, regler, strategier, prosedyrer og ledelseshierarkier for å koordinere de forskjellige aktivitetene. Når det oppstår misforhold og organisasjonen arbeider ineffektivt, blir nettverket omorganisert. *Human Resource (HR)* har perspektiv på de «sosiale relasjoner» og mellommenneskelige forhold. HR-perspektivet betrakter nettverket langt på vei som en «utvidet familie», bestående av individer med behov, følelser, fordommer, talenter og begrensninger. Hierarki og vertikale strukturer kan gå hånd i hånd med HR-perspektivet. Innen *det politiske perspektivet* forsvarer alle sine egne interesser. Utfordringen for alle er å samle mest mulig ressurser og mest mulig makt for å hevde sine interesser. I *det symbolske perspektivet* er organisasjonen kompleks og flertydig, og i symbolperspektivet er man opptatt av hvordan symboler og hendelser skaper mening i nettverks begivenheter og de er og hvordan de skal gjøre.

Denne studien er innom alle disse perspektivene i mer eller mindre grad, men har hovedvekten på det strukturelle perspektivet, det symbolske perspektivet og det politiske perspektivet

2.1 Verdiperspektivet

Møte mellom ulike kulturer kan være en stor utfordring når ulike organisasjoner inngår samarbeid. Kulturen binder en organisasjon sammen, og gir arbeidet mening og bidrar til at organisasjonen når sine mål. Verdier og visjoner er sentrale elementer i denne kulturen.

Verdier karakteriserer det organisasjonen står for, og de kvaliteter som fortjener respekt eller oppslutning. I motsetning til mål er verdier ikke konkrete, og de beskriver det unike og særegne ved organisasjonen. Verdier skaper identitetsopplevelse, fra styrerommet til fabrikkhallen, og får folke til å føle seg spesielle på grunn av det de gjør. [...] De verdier som teller, er de som leves ut i praksis (Bolman og Deal 2009, 289).

Verdiene støttes gjerne opp av myter og fortellinger i organisasjonen. I følge Bolman og Deal (2009) kan myter være sannere enn virkeligheten. Myter, historier og verdier hører inn under det symbolske perspektivet omtalt i neste kapittel.

Schein (1987) anser verdier og normer som observerbare uttrykk for den kulturelle essensen i en organisasjon. De utgjør det folk ser på som organisasjonens ideologi og filosofi og de underliggende begrepsmessige kategoriene og antakelsene som gjør det mulig å formidle og forstå hverdagslige hendelser. ”Mange verdier forblir bevisste og formuleres eksplisitt fordi de fungerer normativt eller moralsk ved at de hjelper medlemmene med å takle bestemte nøkkelsituasjoner” (Schein 1987, 14). Verdier og normer brukes ofte for å beskrive oppfatninger av noe som ”burde” være til forskjell for hvordan det reelt er. Verdier og normer kan gjennomgå en kognitiv transformasjon slike at det første blir en oppfatning i en gruppe og til slutt en antakelse. Antakelser internaliseres og kan tas for gitt i en slik grad at folk har vanskelig for å beskrive dem fordi de ligger i en viss grad på et ubevisst eller førbevisst nivå.

Argyris og Schön (1978, 1990) skiller mellom uttrykte verdier (espoused values eller theories) og bruksverdier (theories-in-use). Det er ikke gitt at de forfektede verdiene gjenspeiles i daglige handlinger. De er ingen garanti for hva folk kommer til å gjøre. Dette skillet er særlig viktig når man vil studere organisasjoner i endring, lærende organisasjoner eller situasjoner der man vil forbedre og utvikle praksis.

Beck Jørgensen og Bozeman (2003) grupperer offentlige verdier i klasser. En av disse er *transformasjonen av interesser og beslutninger*. Den har flere undergrupper. Den første handler om flertallsvilje, demokrati, folkets vilje og kollektivt valg. Den andre gruppen utgjør ”lokale varianter” av den første hvor det enkelte menneske involveres. Verdiene er brukerdemokrati, lokalt selvstyre og brukermedvirkning (borgerunddragelse på dansk). Den tredje gruppen inneholder mindretallsbeskyttelse og beskyttelse av individets rettigheter.

En annen grunne som er av spesiell interesse for vår problemstilling, er verdier mellom forvaltning og borgere (Beck Jørgensen 2003). Her er det fire adskilte undergrupper. *Den første undergruppen* handler om borgernes rettsstilling i forhold til forvaltningen; legalitet, beskyttelse av individrettigheter, likestilling og rettssikkerhet, stabilitet, nøytralitet og upartiskhet. Rettferdighet kan også regnes inn her. *Den andre gruppen* handler om rettsregler og anvendelse av dem; rimelighet, rettferdig behandling og profesjonalitet. Rettsregler og anvendelsen av dem kan være preget av stivhet og ufølsomhet, og rettferdighet betyr at man må ta hensyn til omstendighetene, gjøre en helhetsvurdering og ikke ri prinsipper når omstendighetene fører til urimelige konsekvenser for borgeren. *Den tredje undergruppe* handler om verdier som flertallsvilje, demokrati, folkets vilje og kollektive valg. Verdiene i en annen undergruppe er handler om lokale varianter som likevel har fellestrekk, for eksempel i at det enkelte menneske ofte bør involveres i nære spørsmål, verdier som brukerdemokrati,

lokalt selvstyre og borgermedvirkning. Denne gruppen hører hjemme i den partipatoriske demokratitradisjonen, det vil si at demokrati ikke bare handler om å bruke stemmeretten sin, men om dialog, deltakelse og ansvarliggjørelse. *Den fjerde undergruppe* benevner Beck Jørgensen som New Public Management-versjonen av forholdet mellom forvaltning og borger. Her opptrer borgeren som kunde, og brukerorientering og rettigheter er sentrale verdier. Som vi ser kan noen verdier tilbakeføres til flere av undergruppene, for eksempel rettferdighet.

Når man snakker om verdier er det viktig å være oppmerksom på at tolkningen eller betydningen av en verdi kan variere. Beck Jørgensen (2003) forklarer dette ved at noen verdier har mange naboverdier og dermed også har et stort fortolkningsrom. Som eksempel nevner han verdier som integritet og menneskelig verdighet. Verdier er ikke "fastlåste karakterer".

Beck Jørgensen (2003) beskriver de grunnleggende offentlige verdiene, eller *det offentlige etos*, knyttet til demokrati, rettstaten og velferdsstaten. Han hevder at det er ulike lag eller nettverk av verdier i offentlig sektor. Kjernen er relativt fast og stabil, og består av den generelle etos som grunnleggende samfunnsansvar, offentlig innsyn, rettssikkerhet og uavhengige profesjonelle standarder. Utenpå der ligger det lag med mange fagspesifikke etos, dernest ledelses- og arbeidsplassetos og serviceetos.

Frivillig sektor har ingen "business bottom line" eller kjerneoppgaver å falle tilbake på i frivillig sektor (Aiken 2001). Verdiene kan ikke vedlikeholdes med henvisning til politiske dokumenter eller lovverk, men må holdes i hevd og fornyes kontinuerlig av organisasjonen selv. En organisasjon i *frivillig sektor* (også kalt tredje sektor) starter ofte med en ide som utvikles gradvis og etter hvert kommer til uttrykk i formelle strukturer. Mange av organisasjonene er helt uten ansatte (St.meld. 39), mens andre etter hvert utvikler administrative strukturer med egne ansatte ved siden av et mer eller mindre omfattende apparat av frivillige. Noen organisasjoner preges av karismatiske grunnleggere og ledere, med en annen lederstil enn det som er vanlig i offentlig sektor.

Uavhengighet til det offentlige er en grunnleggende verdi i de fleste frivillige organisasjoner, selv om de fleste har offentlig tilskudd. De krever frihet til å tilslutte seg verdier basert på deres egen erfaring og visjon uten ytre press, til å utføre arbeid i tråd med organisasjonens formål, til fritt å forhandle om finansiering og samarbeidspartnere og til å utfordre andre og engasjere seg i samfunnsdebatter (Murdock 2010).

Murdock (2010) har i en artikkel sammenlignet verdiene i offentlig sektor med frivillig sektor, og viser til Nolans sju prinsipper (The seven principles of Public Life) med frivillig sektor (The nature of the Values in the Voluntary Sector). Nolans sju prinsipper for offentlig sektor er uselviskhet, integritet, objektivitet, etterrettelighet, åpenhet, ærlighet, lederskap

(selflessness, integrity, objectivity, accountability, openness, honesty, leadership). For tredje sektor refererer han til Paton (1992) og verdiene hengivenhet, medlidenhet, entusiasme, solidaritet og utfordring (devotion, compassion, enthusiasm, solidarity and defiance). Murdock mener at disse verdiene passer dårlig med verdiene "objectivity and accountability" som preger offentlig sektor. Murdock viser også til at Elsons verdisett for frivillig sektor som selskapelighet, gjensidighet, samarbeid, lojalitet og tillit (sociability, reciprocity, collaboration, loyalty and trust) som også i stor grad preger tredje sektor.

I følge Murdock (2010) har en del frivillige organisasjoner et iboende mål å påvirke en mer eller mindre uvillig offentlig sektor med dens mangler.

2.2 Makt og interesse

I situasjoner der det er ulike parter med egne mål og interesser, kan det oppstå motsetninger og konflikter hvor det blir viktig å ivareta egne interesser. Partene har da muligheter til å ta i bruk ulike former for makt. Det er derfor hensiktsmessig å se interessentanalyse og maktteori i en sammenheng. "- det er nødvendig med innsikt i hvilke maktkilder som kan benyttes. En interessentanalyse bør derfor alltid inkludere en vurdering av avhengigheter og maktforhold" (Busch og Vanebo 2003, 83).

I interessentanalyse tar vi utgangspunkt i interessentmodellen. Busch og Vanebo (2003)vis til grønnboka sier at en organisasjon kan ses på som en koalisjon av løst koblede interessegrupper innenfor eller utenfor organisasjonen. Hver for seg forsøker de å oppnå noe fra kollektivet gjennom interaksjon med de andre. Den enkelte av interessentene har egne preferanser og mål. *Koalisjonssystemet* er en del av den konseptuelle foretaksmodellen (Busch og Vanebo 2003) og representerer forholdet mellom organisasjonen og interessentene. Koalisjonssystemet består av interessentene, politiske og institusjonelle omgivelser. Alle interessentgruppene har et bidrags- og belønningsforhold i organisasjonen. Forholdet mellom interessentgruppen og organisasjonen *reguleres gjennom kontrakter og mål* som skaper en struktur som regulerer aktiviteten i organisasjonen.

Busch m. flere (2007) beskriver verdiutviklingsprosessen som skaper kobling mellom koalisjonssystemet og atferdssystemet i en organisasjon. Atferdssystemet består av kunnskapsmessige, motivasjonelle og emosjonelle egenskaper som mennesker bringer inn i organisasjonen. I koalisjonssystemet vil det bli formulert krav til hvilke verdier og normer som skal være gjeldende i organisasjonen. Disse kan være formulert både i psykologiske og formelle kontrakter. Samtidig vil atferdssystemet svare tilbake med krav til justeringer, tilføyelser og slettinger av disse ønskede verdiene og normene. Det blir altså et møte mellom den reelle kulturen som er til stede, og den ønskede kulturen som formuleres i koalisjonen.

Interessentmodellen har med *organisasjonens eksistensgrunnlag* å gjøre. Hver av interessentene bidrar med noe i organisasjonen og forventer belønning tilbake, og belønningen bør helst være større enn bidraget. Siden de ulike interessentene har forskjellige forventninger og mål, vil det alltid være skiftende grader av harmoni og konflikt i en organisasjon. Den enkelte interessentens engasjement og maktutøvelser varierer over tid. For å sikre sine interesser vil hver interessegruppe stille en del krav til organisasjonen og inngår en eller annen form for *kontrakt*. Kontraktsformen kan ha ulik form og karakter, og være mer eller mindre formell (Busch og Vanebo 2003) (se mer om dette i kapittel 2.5). For å hindre at konfliktene blir u håndterlige lager partene *spilleregler* som regulerer forholdet. Noen mål er knyttet til eieren, noen til de ansatte, noen til kundene o.s.v. På denne måten fremstår organisasjonen som et *multimålsystem* (Busch og Vanebo 2003).

I innledningen nevnte vi at partene har muligheter til å ta i bruk makt for å ivareta egne interesser. Vi vil nå se nærmere på hvilke strategier og maktkilder som kan komme til anvendelse i slike situasjoner.

I følge Maktutredningen er makt evne til å nå et mål, skape en virkning. Makt kan utøves direkte i tvangs- og beslutningssituasjoner, eller indirekte gjennom symboler, institusjoner og sosiale strukturer. Makten er ulikt fordelt med hensyn til ressurser eller styrke som for eksempel følger av en organisasjons styrke. De svake bøyer seg for de sterke sine krav, og det kan være institusjoner og strukturer som tjener noen interesser i andre interessers disfavør. Den indirekte makten kan være utilsiktet og skjult for aktørene, men den kan også formes strategisk og påvirkes gjennom bevisstgjøring og handlingsvalg (NOU 2003:19, 11).

Makt og avhengighet står i et relasjonelt forhold til hverandre og er derfor viktig dersom man ønsker å studere spenninger og konfliktkilder. Emerson knytter makt til avhengighetsrelasjonen som finnes mellom to parter. Avhengigheten bestemmes av to forhold:

- a. *Dersom en interessent har disposisjonsrett over noe som organisasjonen trenger for å nå egne mål, kommer organisasjonen i et avhengighetsforhold til interessenten.*
- b. *Dersom bidraget fra interessenten kan subsidieres med bidrag fra andre interessenter, reduseres organisasjonens avhengighet av interessenten.*
(Busch og Vanebo 2003, 110)

Den vanligste måte å definere makt på er at en aktør har makt i den grad han kan overvinne motstand fra andre aktører, eller for å si det med Dahl (1957) individ A har makt over individ B i den grad A kan få B til å gjøre noe han ellers ikke ville ha gjort. Relatert til interessentmodellen kan dette tilsi at interessent A har makt over interessent B i den grad A kan påvirke B til å gjøre noe B ellers ikke ville ha gjort. Pfeffer (1992) beskriver makt som evnen til å få andre til å gjøre det de selv ikke har tenkt å gjøre, få folk til å endre atferd.

Med flere interessenter må man forholde seg til flere og til dels motstridende interesser, eller interessekonflikter. Christensen og Jensen (2008, 75-76) deler disse konfliktene inn i to dimensjoner; konflikt mellom kortsiktige og langsiktige hensyn, og konflikt mellom kollektive og individuelle hensyn. Interessentenes engasjement vil avhenge av bidrag - og belønningsstrømmer i koalisjonssystemet, og analysen kan sees i forhold til (Busch m.fl. 2007, 147) harmonifeltet, konfliktfeltet, strategiske utviklingsmuligheter og strategisk konkurranseposisjon.

Harmonifeltene handler om temaer man kan enes om. For mange konflikter i en organisasjon vil tappe organisasjonen for krefter, og den kan gå i oppløsning. For å motvirke dette må interessentene inngå ulike spilleregler for konfliktløsning.

Makt er et relativt begrep med mange dimensjoner; byttetransaksjon, gjensidig avhengighet og reduksjon av avhengighet. Det finnes ulike former for makt eller maktstrategier; bruk av direkte makt, indirekte makt og/eller bruk av bevissthetskontrollerende makt (Busch m.fl. 2007, 168). Christensen og Jensen (2008, 12) opererer med seks dimensjoner; direkte makt, indirekte makt, bevissthetskontrollerende makt, "garbage can", institusjonell makt og relasjonell makt. *Direkte makt* handler om maktutøvelse relatert til beslutninger. *Indirekte makt* handler om maktutøvelse som påvirker hvilke saker som kommer fram til beslutningsarenaen og som avgjør hvordan beslutninger tolkes og implementeres. *Bevissthetskontrollerende makt* handler om å påvirke oppfattelsen av problemer og muligheter, og om de bør følges opp. "*Garbage can*" handler om situasjoner hvor bildet kompliseres av mange samtidige problemstillinger som konkurrerer om oppmerksomheten. *Institusjonell makt* ser makt i forhold til rutiner, normer og vaner som tar for gitt og dermed regulerer aktørens atferd. *Relasjonell makt* analyserer transaksjonen mellom mennesker, dvs. hvordan mennesker påvirkes av hverandre i sosiale situasjoner de møtes i.

I en konfliktsituasjon har interessentene tilgang på ulike *maktkilder* (Busch og Vanebo, 2003). Bolman og Deal (2009) har identifisert følgende kilder til makt: Posisjonsmakt (myndighet), kontroll over belønninger, makt gjennom tvangsmidler, informasjon og ekspertise, renommé, personlig makt, allianser og nettverk, tilgang til og kontroll over agendaer og fortolkningsmakt – kontroll over meningsdannelse og symboler.

Posisjonsmakt handler om formell myndighet, det vil si posisjoner som gir legitim autoritet på visse områder. Posisjoner gir også tilgang til viktige kommunikasjons- og maktnettverk. Kontroll over belønninger er en annen maktkilde som kommer av muligheten til å framskaffe jobber, ressurser, politisk støtte eller andre former for belønning. Man kan også ha makt over tvangsmidler, det vil si ha muligheter til å tvinge noen til å gjøre det man vil, blokkere en sak, gripe inn eller straffe, for eksempel muligheten til å gå ut i streik. Informasjon og ekspertise kan også være en maktkilde fordi noen kan være avhengig av den informasjonen eller ekspertisen man besitter. En maktkilde som er nært beslektet med ekspertise er renommé, det

vil si at det bygges opp et rykte eller renommé på grunnlag av det som er utrettet gjennom årene. Personlig makt (også kalt referansemakt) kan følge med enkeltpersoner som anses som attraktive og sosialt dyktige på grunn av egenskaper som personlige talenter, karisma, utholdenhet og energi. Allianser og nettverk er en maktkilde fordi en organisasjon er avhengig av støtte fra andre for å få utrettet noe, og fordi en hver person kan søke innflytelse via bekjenskaper og nettverk. Tilgang til og kontroll over agendaer og beslutningsarenaer kan være en følge av allianser og nettverksbygging. Organisasjoner og politiske systemer gir som regel lettere tilgang til noen grupper enn andre, og den som får være til stede der beslutninger tas får dermed større innflytelse enn de som ikke er der. Den siste maktkilden hos Bolman og Deal (2009) er fortolkningsmakt – kontroll over meningsdannelse og symboler. Det handler om evnen til å framstille saker i et bestemt lys.

2.3 Nettverksteori

Det er to samtidige retninger når det gjelder oppfattelsen av nettverks rolle i samfunnet. Den ene bevegelsen ser nettverk som et styringsproblem, mens den andre ser nettverk som vilkår eller verktøy for samfunnsstyring ut fra en tanke om at nettverk kan føre til økt deltakelse, etterrettelighet og legitimitet. Det er mange teorier om nettverk, eller governance, og teoriene er hovedsakelig enige om å betrakte nettverk som *selvorganiserende, løst koblete, interorganisatoriske interaksjonsenheter, som bindes sammen av gjensidig avhengighet og tillit og tar beslutninger på basis av forhandlinger* (Jensen og Sørensen 2004, 130).

I governanceteorien er interessen spesielt rettet mot *interorganisatoriske* nettverk, og da særlig nettverk som består av organisasjoner som besitter organisatoriske ressurser og gjennom det bidrar til offentlig styring, også kalt styringsnettverk (Jensen og Sørensen 2004, 130). Nettverkssamarbeidet bygges også opp gjennom gode relasjoner, tillit og ved at partene trykker hverandre. Interaksjonsmønsteret i nettverket er vanligvis horisontalt, det vil si at ingen av deltagerne er overordnet de andre aktørene i en fast styringsrelasjon. ”Asymmetrier mellom nettverksaktørene skapes av forskjeller i de ressurser som er relevante for og ettertraktet i det konkrete nettverkets aktiviteter.” (Renate Mayntz 1991, 11)

Med *selvorganiserte* nettverk menes at nettverk er uavhengige av omverden til en viss grad, til å fatte beslutninger, hvilke tema som skal tas opp og hvem som kan tas opp i nettverket. I en styringssammenheng kan dette være motsetningsfylt. På den ene siden er selvstyre en forutsetning for at aktørene investerer og vil delta. På den annen side kan høy grad av selvstyre svekkes dersom deltagerne ikke opptrer ansvarlige for de beslutninger som fattes.

At nettverk er *løst koblet* innebærer at det ikke er noen binding eller formell ramme mellom deltagerne, og nettverket må aktivt konstrueres og vedlikeholdes av deltagerne.

Samholdskraften i et nettverk består av gjensidig avhengighet og tillit. Aktørene velger å være i nettverket hvis det vil realisere deres mål.

Tillit er vesentlig faktor for at et nettverk skal fungere. Tillit bygges opp gjennom et samarbeid om ulike aktiviteter. Ingen av deltakerne kan tvinge andre til å delta eller gjennomføre det som tidligere er avtalt. Nettverksdeltagerne kan bryte ut dersom det gagnar dem på en eller annen måte.

Det har vært reist kritikk mot governancenettverk i form av *demokratisk underskudd*. Dette har sammenheng med mulighetene til innsyn og deltakelse i ulike former for nettverk, og at deltakerne ikke er valgt eller representative. I følge Jensen og Sørensen (2004) er det to samtidige bevegelser i oppfatningen av nettverkens rolle i samfunnet.

Den ene bevegelse går fra at se nettverk som et styringsproblem, som man desværre må leve med som et dysfunksjonelt element i den parlamentariske styringskædes randområde, til at se dem som en løsning på styringsproblemer i moderne politiske institusjoner. Den anden – og forbundne – bevegelse går fra at se nettverk som vilkår for samfunnsstyring til at se nettverk som værktøy – eller som "en tredje styreform" (Jensen og Sørensen 2004,125-126).

Maktutredningen (NOU 2003:19) påpeker at demokrati ikke bare bygger på makt gjennom folkevalgte organer. Det bygger også på rettigheter og rettsgarantier for individer og grupper, på ulike former for politisk deltakelse utenom valg, og påvirkningsmuligheter vi har som brukere, forbrukere og aktive i pressgrupper. Dette benevnes som et *tilleggsdemokrati* som supplerer folkestyret som formelt beslutningssystem, men de kan ikke erstatte det. Demokrati blir tolket på ulike måter;

1. som en statsform med folkestyre,
 2. som rettigheter og rettsstat,
 3. som aktiv deltakelse,
 4. som et felles verdigrunnlag som står over de politiske konfliktene.
- (Maktutredningen s.13)

Nettverket er som nevnt uformelt organisert og *styres gjennom spilleregler* som de selv har diskutert seg fram til. Spillereglene bidrar til å skape tillit og kommunikasjon mellom medlemmene, og redusere usikkerhet. Dette er basisen i den ikke-hierarkiske koordineringen av nettverket (Rhodes 2000, 63). Mye taler likevel for at det blir den offentlige aktøren som blir styringsaktør fordi aktøren rår over større virkemidler enn de andre i form av f. eks kompetanse og ressurser.

Nettverksstyring kan deles inn i 2 hovedkategorier: metastyring (styring av nettverk) og samstyring (styring i nettverk).

Metastyring er en strukturell styringsform som utøves gjennom de strukturelle rammene for nettverksaktiviteter. Metastyringen kan handle om nettverkets handlingsdimensjon så vel som nettverkets kognitive og institusjonelle dimensjon. Det er flere hovedformer for metastyring; en legalistisk, en økonomisk, en kommunikativ og en prosessuell form (Jensen og Sørensen

2004, 132-133). Den *legalistiske* styringsformen består av formell regelstyring som styring av juridiske rammebetingelser som lover, regler rettslige definisjoner og krav. Den *økonomiske* metastyringsformen omfatter bruk av økonomiske incitamenter som, tildeling av tilskudd, skattelettelser, bonusordninger eller lignende. Den kommunikative styringsformen omfatter spredning av informasjon, forestillinger og normer gjennom publikasjoner, møter, seminarer etc. Den *prosessuelle* styringsformen omfatter forskjellige teknikker for å aktivere aktører, beskrivelse av spilleregler, støtte av konkrete forhandlinger, tiltak til å øke kunnskapen om hverandre og jobbe med felles løsninger, og teknikker for å få aktørene til å beholde engasjementet.

Rollen som styringsaktør kan i prinsippet utøves av mange forskjellige aktører i nettverket. Offentlige aktører er altså ikke selvskrevne styringsaktører (Jensen og Sørensen 2004, 134). Styringsaktøren kan utøve både meta- og samstyring. Noe av kritikken av det demokratiske underskuddet i nettverksstyring er knyttet nettopp til dette, og særlig der styringen foregår i offentlighetens navn.

Styring av nettverk kan også ses ut fra et instrumentelt perspektiv, et interaktivt eller institusjonelt perspektiv (Rhodes 2000, Kickert, Klijn og Koppenjan 1997, Jensen og Sørensen 2004). I det *instrumentelle perspektivet* ses aktørene i nettverket som styringsobjekter hvor man prøver å få de andre til å realisere målene man har. Rhodes (2000) kaller dette en top-down-tilnærming hvor man aksepterer at offentlige myndigheter tar en spesiell posisjon med legitim autoritet, men hvor man også erkjenner begrensningene dette legger på nettverket. Faren med dette perspektivet er at deltakerne kan føle seg brukt. I et *interaktivt perspektiv* har man mer fokus på å øke felles problemløsningskapasitet og bidra til å fjerne hindringer i samarbeidet, diplomati og forhandlinger fram mot felles utfordringer og vinn-vinn-løsninger. Faren i dette perspektivet er at det kan utvikle seg allianser som ekskluderer enkelte aktører. I et *institusjonelt perspektiv* har man fokus på spilleregler, normer, inkrementell tilnærming og nettverksstruktur, mindre på styringsaktørens preferanser og deltakernes tilfredshet. Faren med dette perspektivet er at det blir vanskelig å etablere institusjonelle prosessrammer i og med at samarbeidet er basert på frivillighet og samarbeid mellom sjølstendige aktører. Se mer om metastyring i neste kapittel.

Samstyring innebærer aksept av nettverkets spilleregler. En styringsaktør kan søke å styre nettverket gjennom å bli en del av det, men kan ikke påberope seg autoritativ, hierarkistisk posisjon i nettverket, heller ikke en representant fra offentlige myndigheter. Forsøk på dette kan resultere i at styringsaktøren mister sin legitimitet i nettverket eller at de andre mister tillit til vedkommende. Dette er en vanskelig balansegang mellom hensynet til å opprettholde nettverkets spilleregler samtidig som styringsaktøren vil være tjent med å styre nettverket i en viss retning. Samstyring kan karakteriseres som ”*hands – on*” og metastyring som ”*hands off*.” Rollen som styringsaktør kan i prinsippet utøves av mange forskjellige aktører.

2.4 Partnerskap

Vi har tidligere vært inne på nettverk som er beslektet med partnerskapsbegrepet. I teoretisk litteratur er det en utbredt oppfatning at partnerskap er en bestemt form for nettverk (Sørensen og Torfing 2005), men som vi nå skal komme nærmere inn på er partnerskap noe mer forpliktende enn et løst koblet nettverk.

Det er mange former for samarbeid som beskrives som partnerskap. En enkel beskrivelse er "Collaboration between people in different organisations in pursuit of shared goals" (Brooks 2007). Sørensen og Torfing (2005) har en utvidet definisjon av governansenettverk som inkluderer partnerskap;

- *A relatively stable horizontal articulation of independent, but operationally autonomous actors*
- *who interact through negotiations that involve bargaining, deliberation and intense power struggles*
- *which take place within a relatively institutionalized framework of contingently articulated rules, norms, knowledge and social imaginaries*
- *that is self-regulating within limits set by external agencies and*
- *which contribute to the production of public purpose in the broad sense of visions, ideas, plans and regulations* (Andersen og Røiseland 2008, 116)

Til tross for mangfoldet av partnerskapsformer er det noen kjerneelementer som går igjen ut over at det må være to eller flere parter (Andersen og Røiseland 2008):

- De deltagende partene har status som *prinsipal*, og de er i stand til å fatte forpliktende beslutninger på vegne av andre.
- Samarbeidet har en viss *varighet og stabilitet* (her skiller partnerskap seg fra rene kontraktrelasjoner).
- Deltagerne må bidra med noe, i form av menneskelige *ressurser* eller materielle ressurser i partnerskapet.
- Partnerskapet krever en viss form for *formalisering* eller etablering av en organisatorisk overbygning som definerer formål, forpliktelser og ansvarsforhold.

Partnerskap er som vi ser noe mer enn løse nettverk mellom flere parter. Det er forpliktende å delta, aktørene må engasjere seg og en må finne ut av hvilke arbeidsmåter som er hensiktsmessige.

Opp gjennom tidene har det vært nærliggende for ulike aktører å samordne sine ressurser for å realisere tiltak, som de vanskelig kan gjøre alene. Andersen og Røiseland (2008) betegner partnerskap som *kollektiv problemløsning*. Partnerskap kan være et virkemiddel for å realisere tiltak mellom det offentlig og private organisasjoner. Partnerskap har gjennom tidene

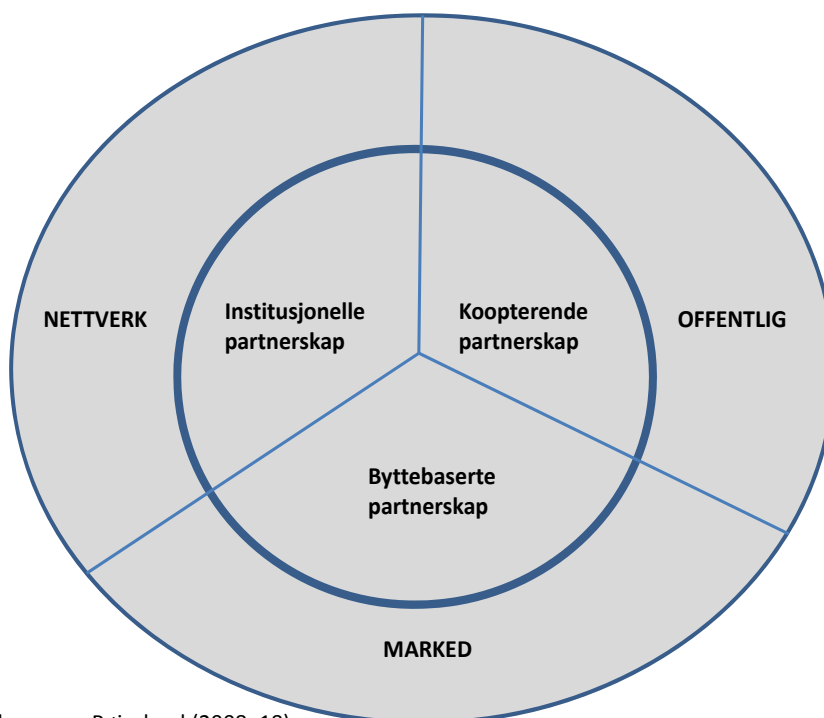
framstått som et alternativ til markedsløsninger og til rene politiske og hierarkistiske løsninger. Å gå sammen i et partnerskap bygger på et valg om å samarbeide om det som er hensiktsmessig, funksjonelt eller effektivt. Partnerskap der offentlige myndigheter opptrer, kan forstås en offentlig styringsform, som har en politisk strategi og som har positiv valør.

Med utgangspunkt i de ulike partnerskapenes styringsformer, kan man klassifisere ulike typer partnerskap. Styringsformene preger den indre dynamikken i partnerskap.

Byttebaserte partnerskap er en type partnerskap som gjenspeiler *markedets logikk* ved at de ulike partene bytter noe mellom seg for å frembringe for eksempel infrastruktur eller offentlige tjenester, hvor det er nødvendig å etablere ulike formelle strukturer rundt partnerskapet, eller inngå formelle avtaler eller kontrakter.

Kooperende partnerskap er forankret i en *offentlig styringslogikk*, og reflekterer en ambisjon om å styrke offentlig kontroll over områder hvor det offentlige må samarbeide med markedsaktører eller sivilsamfunn for å nå et gitt mål. Målet kan være full offentlig kontroll og etablering av et offentlig politikkområde.

Institusjonelle partnerskap er forankret i en *nettverksstyringslogikk*, og representerer partnerskap der partene er gjensidig avhengige av hverandre i forhold til et gitt behov, men hvor det er få hierarkiske relasjoner å bygge på. Denne formen baserer seg i stor grad på partenes evne og vilje til å bygge tillitsbaserte relasjoner. De bygger på felles forståelse, vilje og interesse blant aktørene. Det er ikke klare kommandolinjer å støtte seg til, og man må bygge på frivillighet fra deltagernes side. Partnerskapet utvikler institusjonelle trekk, og partnerskapet består av mer enn summen av delene som inngår i samarbeidet. Det handler gjerne om kompliserte problemstillinger og mange aktører.



Andersen og Røiseland (2008, 18)

Alle typer partnerskap har sterke og svake sider. Partnerskap kan gi mer effektiv og treffsikker styring og problemløsning, men det kan også ta tid å komme fram til gjensidig forståelse, og transaksjonskostnadene øker. Partnerskap er en måte å organisere og styre problemløsningsprosesser på. Jo flere ulike aktører som er ukjente for hverandre eller som har ulik erfaring med problemhåndtering og beslutningstaking, jo større er risikoen for at transaksjonskostnadene øker. Det kan oppleves som sløsing med tid og ressurser å diskutere og argumentere med samarbeidspartnere, og det kan oppstå frustrasjoner i prosessen. Suksessfullt partnerskap tar tid, kanskje fra fem til ti år.

Svakheter med partnerskap kan ses i situasjoner der partene ikke har et eierforhold til de problemene som skal løses, når synergien av samarbeidet er usikker, når risikoen for opportuniste er overhengende og når omkostningene ved å etablere og vedlikeholde slike ordninger overskrider gevinstene. (Andersen og Røiseland 2008)

Begrepet institusjon viser i denne sammenhengen til formelle og uformelle mekanismer som kan binde partnerne til hverandre. Institusjonelt partnerskap bygger på nettverk som styringsform. Som vi har sett på foregående kapittel finnes det to hovedformer for styring i nettverk, *metastyring* (meta-governance eller *hands off*-styring) og *samstyring* (*hands on*-styring). Offentlig sektor kan styre via rammebetingelser eller ved å gå inn i nettverket som en av flere aktører som i prinsippet er likeverdige aktører, eller prinsipaler.

Hierarki og tvangsmakt, som vanligvis regnes som sentrale kjennetegn ved politiske organisasjoner, glimrer med sitt fravær i partnerskap. Et slikt fravær har store

konsekvenser for offentlig styring, siden partnerskap dermed verken kan etableres eller styres på samme måte som en offentlig etat (Andersen og Røiseland 2008, 102).

Andersen og Røiseland tar utgangspunkt i metastyring som styringsform i institusjonelle partnerskap. Metastyring er tidligere omtalt under nettverksteori. Utfordringene er store ved styring av institusjonelle partnerskap. Institusjonelle partnerskap bygger på kognitive og kulturelle trekk som felles virkelighetsforståelse, felles kultur og tillit, dvs. forhold som offentlige myndigheter sjelden kan påvirke eller styre.

Røiseland (2008) skisserer metastyring i forhold til innhold, prosess eller selve partnerskapet. Påvirkning av *innhold* kan blant annet handle om formuleringer av målsettinger og programutforming. *Prosess*påvirkning kan handle om deliberative prosesser blant aktørene. Påvirkning av *partnerskapet* handler om å øve innflytelse over hvem som skal inngå i partnerskapet. Virkemidlene handler om bruk av rammebetingelser som for eksempel lovgivning, planarbeid, politiske beslutningsprosesser og økonomiske incitament.

Ledelse av nettverk:

Gross og Tarplett (2010) beskriver fire sentrale krav til ledelseskompetanse i partnerskap; ”focus on purpose; working with other organisations; building relationships and managing self”. (Brooks og Grint 2010, 274).

A key 'leadership role' is to build the capacity of the whole system – making it possible for others to invest their leadership – develop the 'capacity of network relationship' (Chesterman and Horne 2002) and developing the condition within which solutions are 'negotiated, not imposed' (Gross og Tarplett 2010, 277).

Det er viktig at lederen holder *fokus på formålet* med partnerskapet framfor prosessen. For å frigjøre potensialet i samarbeidet må man se sammenhengen mellom egen organisasjons mål og partnerskapets mål, det vil si felles mål. Å arbeide med flere organisasjoner, betyr at man jobber for å få fram det beste i hverandres organisasjoner. De ulike organisasjonene vil ha ulike måter å gjøre ting på og ulikt handlingsrom. En avgjørende lederegenskap er evnen til å se hvordan ulikheten kan brukes som en kilde for kreativitet og utvikling istedenfor som et problem. Det blir viktig å synliggjøre felles verdier og diskutere seg fram til noen grunnregler for hvordan man skal opptre, samarbeidsrutiner – *hva* skal gjøres (oppgaven) og *hvordan* skal man gå fram (arbeidsform). Verdibasert ledelse hvor det skapes fysisk og psykisk rom for å diskutere og forhandle om mål og verdier blir viktig. *Relasjonsbygging* er en forutsetning for å få til dette, dvs. å utvikle et miljø hvor partene føler seg vel, hvor de ulike partenes innspill blir ønsket, blir gjenstand for interesse og utforskning, og hvor lederen reflekterer over forslagene på en måte som gjør det mulig å vurdere om budskapet er forstått. Fraværet av formell autoritet medfører at lederstilen blir viktigere enn ved ledelse av egen organisasjon. De emosjonelle lederegenskapene vektlegges.

2.5 Kontraktteori

Bruk av kontrakter og avtaler er et sentralt virkemiddel for regulering av samarbeid i nettverkssamarbeid hvor relasjonene i utgangspunktet består av løse koblinger mellom flere sjølstendige organisasjoner.

En kontrakt er bare en del av en større prosess. I følge Similä (2006) er det to hovedfaser i arbeid med kontrakter, en tidlig-kontraktuell fase og en sen-kontraktuell fase. "Veiskillet i prosessen er knyttet til etableringen av enighet, enten det er en formell kontrakt, en psykologisk kontrakt eller en sosial kontrakt" (Similä 2006, 192). Helheten er viktig. Hver av hovedfasene deles opp i underfaser. I *den tidlig-kontraktuelle fasen* foregår det sonderinger av hverandres interesser og behov, aktuelle samarbeidsparter, status, samarbeidsmuligheter og man vurderer om potensialet er der til å oppnå mer enn man ville gjort uten en avtale. Man forhandler om muligheter og betingelser. Hovedformålet i *den sen-kontraktuelle fasen* er å sikre måloppnåelse og behovstilfredsstillelse. Utfordringen er beslutningsformer og hvordan kontrakten skal oppfylles, at avtalen blir etablert og fulgt opp. Når det oppstår uenighet om innholdet i en formell kontrakt, vil partene foreta vurderinger av hvordan man kom til enighet, og hva som er rimelig i forhold til dette. Derfor blir også den tidlige fasen viktig, siden det er der grunnlaget for tillit og felles forståelse legges.

Walker og Davis (1999) omtaler den transaksjonsorienterte (klassiske) og den relasjonsorienterte tilnærmingen til kontrakter som ytterpunkter i et kontinuum. Kontrakter regulerer bidrag og belønning mellom partene. *Klassiske kontrakter* er kjennetegnet ved et strengt legalt regime, og forutsetter to uavhengige avtalepartnere. Det inngås ofte en skriftlig og bindende avtale mellom disse. Kontrakten er juridisk bindende, og partene kan benytte tradisjonelle avtalerettslige virkemidler for å ivareta sine interesser. Avtalen kan sies opp, og det kan eventuelt kreves erstatning. Hvis partene er uenige om en kontrakt er oppfylt, kan tvisten prøves i rettsapparatet. Klassiske kontrakter må derfor spesifiseres slik at en tredje part, i etterkant, kan avgjøre om kontrakten er oppfylt (Sørensen i NOU 2003:1). Klassiske kontrakter regnes som særlig egnet for engangstransaksjoner hvor partene har lite felles interesse i reforhandling av kontraktsbetingelsene.

Relasjonelle kontrakter legger mindre vekt på det formelle. For eksempel er de relasjonelle kontraktene ofte utformet på en slik måte at bare partene selv, og ikke en nøytral tredjepart, er i stand til å avgjøre om kontrakten er oppfylt. Kontraktsformen er derfor fleksibel, den gir partene mulighet til å utnytte sine detaljkunnskaper samt å endre kontrakten når ny informasjon blir tilgjengelig. Fordi en relasjonell kontrakt ikke kan prøves i domsapparatet, er det viktig at den er utformet slik at begge partene har interesse av å utvikle og opprettholde et langsiktig forhold. Det vil si at kontrakten må utformes slik at begge partene har *tillit* til at den andre parten vil etterleve kontraktens «bokstav» så vel som «ånd» og at partene søker å yte

mer enn minimumsforpliktelsene i kontrakten for å ivareta hverandres interesser. På denne måten blir den relasjonelle kontrakten et viktig virkemiddel for å fremme en disiplinert dialog mellom partene. Relasjonelle kontrakter regnes som særlig egnet for transaksjoner hvor partene har felles interesse av å opprettholde et langsiktig forhold, samt i tilfeller hvor det er store transaksjonskostnader knyttet til å tegne juridisk bindende kontrakter (NOU 2003:1, 81).

”Når to eller flere parter med delvis motstridende interesser prøver å komme fram til en felles beslutning, forhandler de” (Rognes 2010, 13). Utgangspunkter for slike drøftelser eller forhandlinger er interesse, saker og alternativer. Det er ulike former for forhandlinger som fordelingsforhandlinger, integrasjonsforhandlinger og mekling. *Integrasjonsforhandlinger* (også kalt vinn-vinn-forhandlinger) handler om å få til avtaler som er bedre enn kompromisser på enkeltsaker. Fordelingsforhandlinger har sterkere preg av konkurranse mellom partene siden det handler om fordeling av goder.

I følge Rognes (2010, 60) er det tre forutsetninger som må være til stede for at integrasjonsforhandlinger skal være aktuelt; *potensial, motivasjon og kompetanse*. Partene har dels motstridende interesser, men også felles interesser i forebyggende arbeid. Det betyr at det vil være både et konkurransemoment og et samarbeidsmoment i forhandlingene, noe som gjør at forhandlingene kan være ganske krevende, men her ligger også et potensial til å styrke forholdet og øke mulighetene for at avtalen etterleves. Gjennom forhandlingsprosessen og veien fram til en ferdig avtale, vil partene bli bedre kjent med hverandre, de vil utveksle informasjon og utvikle løsninger basert på felles interesser.

Forberedelsene til forhandlinger er viktige (Rognes 2008, Similä 2006). Det handler om interesseanalyse, vurdering av løsningsmuligheter eller pakker, alternative pakker, objektive kriterier forhandlingsanalyse og prosessstyring. Rognes deler *integrasjonsforhandlinger* i 7 prosedyrer;

- 1) å etablere enighet om prosedyrer og visjoner,
- 2) utveksling av informasjon og definisjon av forhandlingsproblemet,
- 3) oversikt over ”pakker” og potensial,
- 4) utbygging av en pakke (ikke forpliktende),
- 5) fordeling,
- 6) avtale og
- 7) iverksettelse.

Planlegging og strategiarbeid er en utfordrende oppgave i forhandlingene. Partene må kunne kommunisere med hverandre og kunne håndtere bruk av makt i forhandlingsprosessen. Det krever gode forberedelser for å kunne utnytte hverandres interesser mot et felles mål i motsetning til å opptre tilfeldig og ad hoc i forhandlingsprosessen. Da vil man ikke kunne

utnytte sin egen og andres styrke. Gjennom slike forhandlinger vil forholdet mellom partene bli styrket, og de blir mer motiverte til å etterleve avtalene.

Integrasjonsforhandlingene har også syv faser eller prosedyrer, ifølge Rognes (2010):

1. *Etablere enighet om prosedyrer og visjoner*
2. *Utveksling av informasjon og definisjon av forhandlingsproblemet*
Interesser
Fakta
3. *Oversikt over pakker – potensiell*
4. *Utbygging av en pakke*
”Hvis da”
Objektive kriterier
5. *Fordeling*
6. *Avtale*
7. *Iverksettelse.*
Utvikling
Evaluering

Den innledende fasen er en organisasjonsfase. Det er viktig å få fram mål og felles visjoner og arbeidsformer diskuteres. I fasen om informasjonsutveksling skal partene få fram informasjon og bli enige om felles utfordringer og hvor langt en vil strekke seg for å bli enige eller reservere seg. Når partene har blitt enige om forhandlingsproblemet, er neste fase å vurdere potensielle skisser, som utgangspunkt for videre forhandlingene. Disse bør gi rom for diskusjon. I den neste fase utvikles pakken til en konkret avtale. Siste fase er fordelingsforhandlinger. Fordelingsforhandlinger kan komme på slutten av forhandlingsprosessen i integrasjonsforhandlinger – ”dersom det er konflikter en ikke har greid å håndtere ved bruk av objektive kriterier eller ved å bytte saker” (Rognes 2008,77). Da må man følge prinsippene i fordelingsforhandlinger som er en egen forhandlingsform. Det ligger utfordring i alle stadier i forberedelsene til forhandlinger og i gjennomføringen av forhandlingene. Interesser må synliggjøres, målsettinger drøftes og ulike alternative løsninger beskrives. Den mest aktuelle forhandlingsformen er integrasjonsforhandlinger hvor man leter etter vinn-vinn-løsninger, men er uenigheten stor kan man bli nødt til å gå inn i fordelingsforhandlinger for å komme fram til løsninger.

Samarbeid kan defineres som informasjonsutveksling, tillitsbygging og felles problemløsning. Det er vanskelig å gå fra konflikt til samarbeid. Derfor er fokuset på samarbeidsmuligheter og kommunikasjon viktig. ”Samarbeid er de aktiviteter som bidrar til at en finner og utvikler de beste løsningsmulighetene, gitt analyse av avtalemuligheter” (Rognes 2010, 74).

2.6 Organisasjonsstruktur

Bolman og Deal (2009) omtaler organisasjonsstruktur som et grunnriss for mønster av forventninger og samhandling mellom interne deltakere (ledere, administratorer, underordnede) og eksterne interessenter som for eksempel kunder eller klienter. Utforming av

strukturer og prosesser handler om en rekke avveielser mellom ulike strukturelle dilemma. Vi vil her begrense oss til å beskrive noen av de mest aktuelle temaene i forhold til vår problemstilling, avveininger knyttet til sentralisering og desentralisering, arbeidsfordeling, spesialisering og samordning. Strukturen må utformes ut fra det endelige målet, i forhold til omgivelsene organisasjonen skal fungere i, medarbeidernes kvalifikasjoner og tilgjengelige ressurser.

Det er ikke nok at oppgavene blir utført. Det skal gjøres på en effektiv måte som sikrer at organisasjonen får mest mulig ut av ressursene. Mintzberg (1983) har angitt fire former for beslutningsområder:

1. design av stillinger
2. gruppering av oppgaver
3. styring og koordinering
4. grad av sentralisering

Når det gjelder arbeidsfordeling kan differensieringen skje ut fra følgende funksjoner; tid, produkt, kunder/klienter, geografisk plassering eller prosess (Mintzberg 1983). Spenningen mellom arbeidsfordeling eller koordinering er et klassisk dilemma, i følge Bolman og Deal (2009). Organisasjonen må ta stilling til hvordan arbeidet skal fordeles, og dernest hvordan de enkeltes enheters innsats skal koordineres etter at ansvaret er fordelt (samordning). Bolman og Deal (2009) kaller dette rollespesialisering. *Utforming av stillinger* handler om hvor mange oppgaver som skal tillegges en ansatt. Dette handler om spesialisering i organisasjonen. Høy individuell kompetansebredde fører til at medarbeiderne, både individuelt og gruppevis, lettere kan løse komplekse problemstillinger som krever integrasjon av flere fagområder. På den andre siden kan stor bredde redusere spisskompetansen og dermed muligheten til å løse oppgaver som krever dypere innsikt i et fagområde (Busch m.fl. 2007, 125).

Det kan være nødvendig med en viss *spesialisering* i alle organisasjoner, og utgangspunktet for spesialisering er kompetanse. Spesialiseringen er bestemmende for bredden av oppgaver som tillegges en stilling eller enhet slik vi har vært inne på foran i kapittelet.

Spesialisering er nødvendig for få en stor organisasjon til å fungere. Hvis alle skal gjøre alt, ville det blitt svært uoversiktlig. Dessuten er spesialisering knyttet til kompetanse. [...] Spesialisering gjør det derfor mulig å utvikle høy kompetanse som er tilpasset de oppgavene som må utføres i et moderne samfunn (Busch og Vanebo 2003, 147).

Spesialisering handler om bredden av oppgaver som skal utføres (Busch og Vanebo 2003). Man kan snakke om horisontal og vertikal jobbspesialisering. Den *vertikale* jobbspesialiseringen handler om fordeling av oppgaver mellom nivå i et organisasjonshierarki, for eksempel mellom et tøvende nivå, avdelingsleder og toppledernivået. Spesialisering gjør det mulig å utvikle høyere kompetanse. Den *horisontale*

dimensjonen i jobbspesialisering handler om fordeling av oppgaver på samme nivå, for eksempel mellom avdelinger eller yrkesgrupper. Jo mer spesialiseringen, jo mer utfordrende koordineringen. Tradisjonelt er det høy grad av spesialisering både i den vertikale og horisontale dimensjonen.

Gruppering av oppgaver betyr at man må ta stilling til hvilke stillinger som skal knyttes sammen, og dermed kommer man inn på valg av enhetsstruktur i organisasjonen. Dette kan gjøres ut fra oppgavens art eller kompetansebehov. Mintzberg (1983) deler dette opp i seks former for grupperinger; kompetanse, funksjon, tid, produkt, kunde og geografisk lokalisering. Disse forholdene kan kombineres. Målet er å finne en struktur som både har høy effektivitet og høy legitimitet i organisasjonen.

Styring og koordinering handler om avhengighet mellom ulike oppgaver, at det den ene avdelingen gjør henger sammen med det den andre gjør. Styring kan utøves ved direkte overvåkning, gjensidig tilpasning, standardisering av utførelsen av oppgavene, standardisering av resultatene eller standardisering av kompetanse (Mintzberg 1983).

Vertikal samordning handler om at et høyere nivå i hierarkiet koordinerer og kontrollerer arbeidet til underordnede ved formell myndighet, regler og retningslinjer, og ved bruk av planleggings- og kontrollsystemer for å nå organisasjonens mål. Mulighetene til å regulere folks atferd på denne måten er bergrenset. Derfor oppstår det gjerne behov for *horisontal samordning* i tillegg.

Horisontale teknikker – formelle og uformelle møter, arbeide- og prosjektgrupper, stillinger eller avdelinger med samordningsansvar, matrisstrukturer og nettverk - oppstår for å fylle tomrommet (Bolman og Deal 2009, 83).

Grad av sentralisering handler om hvor den formelle beslutningsmyndigheten plasseres i organisasjonen. Sentraliserte organisasjoner har myndigheten plassert høyt i hierarkiet. I desentraliserte organisasjoner tas beslutningene på lavere nivå. Desentralisering av myndighet gir større fleksibilitet enn sentrale modeller.

I mange organisasjoner vil vi finne at fagkunnskapen ikke nødvendigvis sitter i toppen. Personer som utfører det daglige arbeidet, vil ofte ha de beste forutsetninger til å løse problemer som oppstår på egen arbeidsplass (Busch og Vanebo 2003, 163).

Det er aldri slik at myndigheten enten sitter på toppen av organisasjonen eller desentralisert. De fleste ansatte har en eller annen form for handlingsfrihet. Med en desentralisert struktur får lederen frigjort kapasitet og samtidig oppnår man større fleksibilitet.

DEL 3 METODE

I dette kapittelet belyser vi den metodiske tilnærmingen som er valgt for studien. Tilnærmingen er gjort på bakgrunn av problemstillingen hvor vi ønsker å finne ut mer om hvilke utfordringer og muligheter som kommunen står overfor i samarbeid med frivillig sektor om utviklingen av forebyggende helsearbeid.

3.1 Vitenskapsteoretiske refleksjoner

Metode er et hjelpemiddel til å beskrive en virkelighet (ontologi). Det er ulike oppfatninger om begreper som virkelighet, sannhet og kunnskap. Tre begreper er sentrale når en skal beskrive virkeligheten. Det er *ontologi*, *epistemologi* og *metode* (Jacobsen 2005).

Ontologi er gresk og betyr ”slik ting faktisk ser ut”, og er læren om hvordan virkeligheten faktisk ser ut. I en ontologisk debatt drøftes det om hvorvidt menneskelig samhandling består av lovmessigheter eller om alt det vi studerer er unikt. *Epistemologi* betyr ”læren om kunnskap” og sier noe om hvordan og i hvor stor grad det er mulig å tilegne seg kunnskap om virkeligheten (Jacobsen 2005).

Det pågår en sentral ontologisk debatt om hvorvidt sosiale systemer, mennesker som samhandler, består av lovmessigheter eller om at alt det vi studerer er unikt (Jacobsen 2005). Det er to hovedretninger eller tradisjoner innen samfunnsvitenskapene, den *positivistiske* og den *hermeneutiske* (Nyeng 2004). *Positivismen* har sin antagelse om at det finnes generelle lover i sosiale systemer slik det er innenfor naturvitenskapene. En del av positivismens grunnsyn er at det er fenomenene, det generelle, vi er ute etter i forskningen. Positivismen har tre sentrale teser: det finnes en objektiv verden utenfor oss selv, virkeligheten kan studeres på en objektiv måte, og vi kan opparbeide en kumulativ kunnskap om den objektive verden ved at resultater fra ulike undersøkelser kan kobles sammen (Jacobsen 2005).

Den andre hovedretningen er *hermeneutikk*, som er gresk og betyr fortolkning eller forståelse. Fokuset er flyttet fra det objektive til det subjektive, fra å kartlegge en objektiv virkelighet til å studere hvordan mennesker fortolker og lager mening av en virkelighet. Hermeneutikken hevder at alt det som finner sted er unikt, og har ikke en naturlig overføringsverdi til andre hendelser eller områder. Hovedoppgaven er å utvikle en forståelse av meningen i konkrete menneskelige forhold og sosiale strukturer og aktiviteter (Nyeng 2004; Jacobsen 2005).

Det ontologiske utgangspunktet vil ha betydning for hvilke *metoder* vi velger for vår undersøkelse. Metoden angir hvilken framgangsmåte som anvendes for å kartlegge virkeligheten, og her er det en del avveininger og strategiske valg som må tas mellom ulike alternativer. Det første valget står mellom deduktiv eller induktiv datainnsamling, den neste utfordringen er valget mellom holistisk eller individualistisk framgangsmåte, den tredje

valgmuligheten handler om nærhet eller distanse, og det fjerde valget handler om kvantitativ eller kvalitativ metode.

3.1.1 Deduktiv eller induktiv datainnsamling

Vi kan velge mellom to hovedformer for framgangsmåter ved datainnsamling; deduktiv og induktiv. Ved en *deduktiv* tilnærming tar vi utgangspunkt i en teori eller forestilling av hvordan ting er, og undersøker dernest om denne stemmer med virkeligheten (fra teori til empiri). Alternativet er en *induktiv* tilnærming der vi forsøker å gå ut med et åpent sinn for å undersøke hvordan virkeligheten er (fra empiri til teori) (Jacobsen 2005). I den induktive forskningsmetoden danner praksis grunnlaget for teoribygging, mens i den deduktive sjekkes teori mot praksis (Nyeng 2004).

Vi gikk inn i forskningen med forkunnskap om forebygging og teorier om samarbeid (deduktiv) mellom det offentlige og frivillige organisasjoner etter mange år som fagfolk innenfor arbeidsområdet, både som utøvere i direkte samhandling med brukere og som planleggere av tjenestene. Vi hadde noen antagelser om samarbeidet, hvilke verdier og interesser ligger i samarbeidet, er det behov for å formalisere samarbeidet eller fungerer det godt uten avtaler. Vi var videre interessert i betraktninger omkring organisering av det forebyggende helsearbeidet. Vi hadde med andre ord erfaringer og oppfatninger om problemstillingen., og vi ville undersøke om våre antagelser var holdbare. På den annen side var vi bevisste på at vi skulle gå ut med et åpent syn i møte med forskningsfeltet, så langt det var mulig. Jacobsen (2005) omtaler dette som en *pragmatisk tilnærming*. I denne tilnærmingen gjør man valg ut fra hva som egner seg for en gitt problemstilling. Vi ønsket ikke at vår for forståelse av virkeligheten skulle dominere undersøkelsen slik at det ble et hinder, eller at det skal påvirke interessentene i en bestemt retning.

3.1.2 Holisme eller individualisme

Enkelte mener at individet er den eneste fornuftige analyseenhet ved at vi studerer deres motiver og atferd. Andre mener at en slik individualisme reduserer vår evne til å forstå sosiale fenomener. En *individualistisk tilnærming* har dannet grunnlaget for to vanlige metodiske undersøkelsesopplegg. Det ene er kontrollerte eksperimenter og det andre er store utvalgsundersøkelser.

En *holistisk tilnærming* handler om at fenomener må forstås som et komplekst samspill mellom enkeltindivider og den spesielle sammenhengen de inngår i. Tilhengerne av en slik tilnærming hevder at en må fokusere på hvordan mennesket fungerer og opptrer i ulike sammenhenger. I følge Nyeng (2004) eksisterer ingen sannheter i et vakuum, heller ikke helhetlige sannheter. Vitenskap synes å innebære at man automatisk gir forrang til egne synspunkt, og forholder seg til den kunnskapen man selv forvalter som den riktige forståelsen, mens andre disipliner bedriver ”omfortolkninger”.

Undersøkelsen av muligheter og utfordringer i samhandling mellom kommunen og frivillige organisasjoner krevde en holistisk tilnærming som beskriver prosessene mellom de ulike partene, forventinger, samspill og samhandling.

3.1.3 Nærhet eller distanse

Et annet positivistisk ideal ved valg av metode er å minimere eller eliminere forskerens effekt på det som skal studeres. Det perfekte metodiske opplegget er et opplegg hvor forskeren ikke på noen måte lar forskningsopplegget påvirke det eller de forskeren studerer. Ut fra dette synet er avstand mellom forsker og forskningsobjekt viktig. Idealet er repliserbarhet, dvs., at en annen forsker kan gjennomføre samme undersøkelse og komme fram til samme resultat. Det er reist kritikk mot dette idealet. Kritikken hevder at forskningen aldri kan bli kvitt såkalte forskningseffekter, det vil si at forskeren vil som regel påvirke resultatet (Jacobsen 2005). Forskeren vil komme til å påvirke resultatet uansett.

Ry Nielsen (2004) peker på at det også kan være fordeler ved å forske på egen organisasjon, og det går også an å tilrettelegge situasjonen slik at ulempene reduseres. Vi kjenner kulturen og fagspråket, noe som gjør det lettere å oppfatte nyanser og komme med tilleggsspørsmål, og risikoen for misforståelser og feiltolkninger blir mindre.

Vi jobber i rådmannens fagstab og kjente mange av intervjuobjektene. Dette betyr at vi ikke var en nøytral aktør for respondentene, noe som kunne påvirke uttalelsene deres. På den annen side var respondentene valgt ut av sine ledere, de hadde lang erfaring fra praksisfeltet, og vi antok at de ville framstå som selvstendige personer uavhengig av om de kjente oss eller ikke. Vi valgte å ha to ulike roller under intervjuet, en som intervjuet og en som var observatør og noterte underveis. Under intervjuene og gjennom refleksjoner vi hadde etterpå, ga vi hverandre tilbakemeldinger når intervjueren stod i fare for å gå ut av forskerrollen og inn i fagrollen eller rådgiverrollen. Det var en styrke å være to med ulike roller. Vi fordelte rollene slik at den som kjente respondentene best ble observatør, og den andre gjennomførte intervjuet.

I vår studie ville vi ikke søke etter en *objektiv* virkelighet. Vi ønsket å finne ut mer om hvilke utfordringer og muligheter de mest sentrale aktørene innenfor kommunens Frisklivssentral, lærings- og mestringsnettverket, helsestasjon og skolehelsetjenesten og frivillige så for seg i samarbeidet dem imellom. Vi ville vite mer om hvilke erfaringer interessentene hadde, hvilket verdigrunnlag de bygget på og om de hadde felles interesser som åpnet opp for et samarbeid. Ut fra dette var det hensiktsmessig å velge en fortolkningsbasert eller hermeneutisk tilnærming hvor utgangspunktet var å studere hvordan mennesker tenker og handler (Jacobsen 2005).

3.2 Valg av undersøkelsesdesign

Vi vil nå beskrive det undersøkelsesopplegget som vi fant best egnet til vår problemstilling.

Ved valg av design må vi ta stilling til to dimensjoner; *dybde (intensiv studie)* og *bredde (ekstensiv studie)*. Vi måtte videre ta hensyn til de ressursene som vi hadde til rådighet for å innhente data og analysere dem, og det hadde konsekvenser for valg av forskningsdesign (Jacobsen 2005). En ekstensiv design handler om å gå i bredden, dvs. hvor mange enheter man ønsker å ha med i undersøkelsen (Jacobsen 2005). Forskeren ønsker å beskrive omfang, forekomst, hyppighet eller utstrekning av et fenomen, som kan opptre i ulike kontekster. Intensjonen kan være å generalisere funn fra et utvalg til en hel populasjon ved å gjennomføre en spørreundersøkelse blant et utvalg og hvor funnene kan generaliseres til å gjelde for en hel populasjon (Jacobsen 2005). I en intensiv studie er forskeren opptatt av kontekstuelle forhold og har behov for å avgrense studien for å komme i dybden. Hensikten er å få et helhetlig bilde av det fenomenet en ønsker å undersøke.

Valg av problemstilling, om den søker en forklaring (kausal) eller om den skal beskrive et fenomen (deskriptiv), er avgjørende for valg av design. En forklarende problemstilling vil i følge Jacobsen (2005) kreve en metode som får fram nyanserte data, går i dybden, og er åpen for uventede og kontekstuelle forhold. Da benyttes en kvalitativ metode. I en kvalitativ metode, som er blitt mer vanlig innenfor samfunnsvitenskapene de siste tiårene, er en interessert i prosesser og fenomener i verden som beskrives før det kan utvikles teorier om dem, forstås før de kan forklares, og ses som konkrete kvaliteter før de behandles som abstrakte kvantiteter (Kvale 2009). Datainnsamlingen skjer ved hjelp av individuelle intervju eller gruppeintervju og en velger ut sine respondenter. Dataene behandles og analyseres. I en kvantitativ undersøkelse utarbeides og samles informasjonen inn ved hjelp av et spørreskjema, velger ut hvem som skal motta spørreskjemaene, antall enheter og bestemmer hvordan datainnsamlingen skal skje rent praktisk. Det må videre tas stilling til hvilke teknikker en skal benytte for å analysere datamaterialet.

Ut fra vår problemstilling valgte vi en intensiv design. Siden vår case var et nettverk av ulike aktører, måtte vi ha et visst utvalgt av respondenter fra ulike deler av nettverket, men siden vi ønsket å gå i dybden, kunne det ikke være så mange.

Vi hadde allerede noe kunnskap om fenomenet og ønsket å utdype denne kunnskapen. I utgangspunktet visste vi at kommunalt ansatte og frivillige organisasjoner hadde ulike formål og erfaringer. Dette ga ulik kunnskap, og vi la til rette studien slik at vi fikk tilgang på de prosesser og mekanismer som var gjeldende i samhandlingen mellom kommunen og frivillig sektor om det forebyggende helsearbeidet.

Et viktig spørsmål er om problemstillingen er forklarende (kausal, av latin *causa* = årsak) eller om den er beskrivende (deskriptiv). I en beskrivende design skal en skille mellom en situasjon på et gitt tidspunkt (tverrsnittstudier), utvikling i et utvalg over tid (tidsseriestudier), utvikling i en spesiell gruppe over tid (kohortstudier) eller utviklingen hos enkeltpersoner over tid (panelstudier). I tillegg kommer den retrospektive designen, om respondenten kan beskrive hvordan fenomenet var tilbake i tid. Denne designen er mye brukt, men har mange usikkerhetsmomenter (Jacobsen 2005).

Når studien har til hensikt å forklare et fenomen i samfunnsvitenskapelig forskning, møter vi mange innvendinger. Begrepet *kausalitet* er omstridt. Innenfor samfunnsvitenskapene er det sjelden at en finner en lovmessighet mellom årsak og virkning slik som i naturvitenskapene. Det er en rekke ulike faktorer som vil påvirke fenomenet som vi studerer. Derfor har flere hevdet at det strenge kravet til lovmessighet eller regularitet kan modifiseres: "Hvis A, så x % sannsynlighet for at B skal inntreffe" (Jacobsen 2005, 108).

Innenfor det intensive opplegget er det to former for studier som kan vurderes. Det er casestudier og små N-studier. *Casestudier* er i følge (Jacobsen 2005, 85) en form for studier der selve studiesubjektet er avgrenset i tid og rom. Studieobjektet kan for eksempel være en organisasjon (avgrenset i rom) eller en spesiell hendelse (avgrenset i tid). Casestudier gir mulighet til å gå tilstrekkelig i dybden og konsentrere seg om helhetlige og meningsfulle særtrekk eller tema i dagligdagse hendelsen, for eksempel for å forstå nyanser slik at man får en mer helhetlig forståelse av noe (Yin 2009).

I et *lite N-studium*, vil fokus rettes på et spesifikt fenomen som for eksempel samarbeid og belyst det fra flere vinkler. Vi ville da vektlegge fenomenet, dvs. få et rik og detaljert beskrivelse av samarbeid og samhandling, uavhengig av kontekst.

Det er likhetstrekk mellom casestudier og små N-studier, men vi valgte casestudie fordi vi undersøkte ulike enheter og samarbeidet dem imellom, det relasjonelle forholdet, i en bestemt kontekst. Vår case var et nettverk av ulike kommunale enheter som er politisk styrt, og frivillige organisasjoner som er etablert ut fra et idealistisk ståsted. Vi ville få fram relevante data, få fram mange detaljer og gå i dybden på få utvalgte enheter. Casestudie egner seg når en skal forske på komplekse sosial fenomener. Vi kunne gjort tilsvarende undersøkelse i andre kommuner, for eksempel kommuner som vi samarbeider med på dette området (komparative casestudier), men dette har vi valgt bort ut fra kapasitetshensyn. Det kunne også vært interessant å gå mer i bredden ved å involvere flere brukerorganisasjoner, og dermed kombinere intensive og ekstensive undersøkelser, designtriangulering (Jacobsen 2005), men det vil bli for omfattende i denne omgang.

Vi valgte en kausal design, dvs. at vi ønsket noe mer enn bare å beskrive funnene. Vi ønsket å se på sammenhenger og konsekvenser av de funnene vi gjorde. Det var videre en

tverrsnittsstudie begrenset av den tid og ressurser vi hadde til rådighet.

Tverrsnittundersøkelser er lite kostbar, vi fikk inn data og analyserte dem etter at alle intervjuene var foretatt. Tverrsnittstudiet belyste vår problemstilling, Vi hadde kun kontroll for de variabler vi visste om på forhånd, det vil si. at vi har ikke belyst alle forhold ved kausalitet (Jacobsen 2005).

Ut fra vår problemstilling valgte vi en intensiv design, et tverrsnitt og data fra et gitt tidspunkt. Vi ønsket å avgrense oss til noen få undersøkelsesenheter som vi visste hadde erfaring og for å gå i dybden på disse enhetene. Kvalitativ og kvantitativ metode handler om hvilken form for informasjon som innhentes, om det er tall (kvantitativt) eller ord (kvalitativt). Den kvantitative metoden tar ifølge Jacobsen (2005) utgangspunkt i at den sosiale virkeligheten kan måles ved hjelp av metoder og instrumenter. Den kvalitative metoden kan ses som en reaksjon på den naturvitenskaplige metoden til å studere sosiale fenomener. Dersom man ønsker å få tak i hvordan folk oppfatter den sosiale virkeligheten, slik tilfellet er i vår studie, er det kvalitative metoder som er best egnet. Vi har benyttet case for å studere muligheter og utfordringer i samarbeidet mellom kommunen og frivillige organisasjoner. Mulighetene for å generalisere ut over vår case er begrenset.

Konklusjonen vår var følgende:

Ut fra vår problemstilling valgte vi en kvalitativ undersøkelsesmetode med intensivt opplegg og casestudie. Vi hadde en del forkunnskaper om temaet, men så det som viktig å være åpen for uventede og kontekstuelle forhold. Studien hadde en forklarende (kausal) design fordi vi ønsket å se på sammenhenger mellom flere forhold av betydning for samarbeidet. Vi ville se på verdier og interesser hos partnerne og hvilke muligheter og utfordringer dette førte til for samarbeidet, samarbeidsavtaler og organisering. Dette krevde en metode som kunne få fram nyanserte data, gå i dybden. Vi måtte derfor avgrense studien for å klare dette.

3.3 Valg av metode for datainnsamling

I dette kapitlet ser vi nærmere på hvordan vi valgte å gå fram for å samle de kvalitative dataene.

3.3.1. Intervjuundersøkelse

Vår valgte metodedesign var casestudier, som vi har begrunnet over. Den kvalitative metode har flere former for datainnsamling. Det er mange ulike *intervjuformer* å velge mellom, og det finnes ikke generelle standardprosedyrer og regler for forskningsintervjuer. De forskjellige intervjuformene er dessuten relatert til forskjellige former for kunnskap.

Mens faktuelle intervjuer som regel er i overensstemmelse med en moderne oppfatning av kunnskap som preeksisterende elementer som skal graves frem fra respondentenes dyp, er diskursive og de fleste former for narrative intervjuer helt på linje med en

postmoderne oppfatning av kunnskap som noe som konstrueres gjennom sosiale, diskurser og fortellinger (Kvale og Brinkmann 2009, 160).

De fleste intervjuformer er intervjuer ansikt til ansikt, men de siste årene er også datastøttede intervjuer blitt mer vanlig. De kan gjennomføres via e-post eller chatting. En av fordelene med disse formene er at de transkriberer seg selv.

Ved å benytte en kvalitativ tilnærming får respondentene benytte egne ord i sine beskrivelser av den sosiale virkeligheten, som vi forsker på. Hovedalternativene når det gjelder primærdata blir da observasjon, åpent individuelt intervju eller gruppeintervju.

Fokusgruppeintervju er en aktuell metode. En fokusgruppe består gjerne av seks til ti personer som ledes av en moderator (Chrzanowska 2002). Gruppen kjennetegnes ved en ikke-styrende intervjustil. Gruppemoderatoren presenterer emnene som skal diskuteres, og legger til rette for ordveksling hvor forskjellige synspunkter om emnene kommer fram. Svakheter ved individuelle intervju, er at det som kommer fram blir vilkårlig, og vi vet ikke hvor representativt det er. På den andre siden kan individuelle intervju gi muligheter til å gå mer i dybden.

En ulempe med gruppeintervju er at det reduserer moderatorens kontroll over intervjuforløpet, og det livlige samspillet kan gjøre det vanskelig å skrive ut intervjuet. Vi benyttet både individuelle intervju og gruppeintervju (flere respondenter fra samme organisasjon).

3.3.2 Dokumentundersøkelser

I følge Jacobsen (2005) egner dokumentundersøkelser seg spesielt godt i tilfeller der det er mulig å samle inn primærdata, der man ønsker å se på analyser gjort av andre og i tilfeller der man ønsker å få tak i hva mennesker faktisk har sagt og gjort.

Organisasjonenes mål, strategier og planer er studert gjennom offisielle dokumenter (primærdata) og nettsider med artikler og blogger hvor organisasjoner og myndighetspersoner presenterer sine synspunkter.

Sekundærdata handler om data samlet inn av andre. I slike tilfeller er det viktig å være oppmerksom på hvilken kontekst dataene er samlet inn i.

3.4 Valg av datakilder

Den viktigste kilden var intervju med respondentene. Andre aktuelle datakilder var dokumenter, som Samhandlingsreformen, lover og andre nasjonale styringsdokumenter, nettsidene til brukerorganisasjonene og møtereferater.

Samhandlingsreformens utfordring om sterkere satsing på forebyggende helsearbeid, samt tettere samarbeid med frivillige lag og organisasjoner, berører mange aktører, og dette måtte gjenspeiles i utvalget av respondenter. Siden vi ønsket å gå i dybden i våre intervjuer måtte vi

imidlertid begrense oss når det gjaldt antall, og bare de mest sentrale aktørene ble med i utvalget, dvs. de som representerte klare målgrupper eller tjenester med ansvar for forebyggende helsearbeid.

Blant frivillige lag og organisasjoner valgte vi ut Diabetesforbundet, Kreftforeningen og ”Vårres” brukerstyrte Senter. Diabetesforbundet er en landsomfattende organisasjon med et lokallag i Trøndelag. Kreftforeningen er også en landsomfattende organisasjon med lokallag. ”Vårres” brukerstyrte Senter representerer psykisk helse. De to første organisasjonene er to store brukerorganisasjoner, mens ”Vårres” brukerstyrte senter er et kompetansenettverk og senter for brukergrupper med ulike psykiske lidelser som AD/HD, Tourettes Syndrom, emosjonelle vansker og liknende tilstander, deres søsken og øvrige pårørende (varres.no). Blant aktørene i Trondheim kommune valgte vi to representanter for rådmannsinstituttet, som er øverste administrative nivå i kommunen. Videre valgte vi Frisklivssentralen, som er organisert i Fysioterapitjenesten og Infosenteret for seniorer, som er organisert i Ergoterapitjenesten. Barne- og familietjenesten er fordelt på fire bydeler, er tverrfaglig organisert og har ansvar for tjenester etter opplæringsloven, helse- og omsorgsloven og barnevernloven.

Vi sendte skriftlig henvendelse til de frivillige organisasjonene, med invitasjon til å delta med inntil tre personer, og de valgte ut hvem som kom. Samtykkeskjema ble sendt ut sammen med innbydelsen, dvs. samtykkeerklæring for bruk av materialet som kom fram i intervjuene (se vedlegg). Invitasjonen inneholdt ingen krav i forhold til alder, kjønn eller posisjon i organisasjonen. Når det gjaldt de kommunalt ansatte, henvendte vi oss til to utvalgte personer i rådmannsinstituttet, til lederen i barne- og familietjenesten i en bydel (tiltaksdelen), som valgte ut enhetens representant. Infosenteret for seniorer og Frisklivssentralen valgte selv ut sine representanter, og de valgte gruppeintervju. Vi styrte med andre ord ikke hvem som møtte til intervju eller om intervjuet var individuelt eller i gruppe, men det var vi som valgte ut organisasjonene og enhetene i kommunen. Kreftforeningen, ”Vårres” brukerstyrte senter, Frisklivssentralen og Infosenteret stilte med to deltakere hver, og de andre med en hver. Vi gjennomførte med andre ord til sammen åtte intervju, fire gruppeintervju og fire individuelle intervju, til sammen tolv personer deltok i studien.

Når det gjaldt dokumenter så valgte vi offentlige dokumenter med relevans for temaene i forskningsspørsmålene, fra ulike nettsider og kommunens dokumentarkiv.

3.5 Instrumenter for datainnsamling

Å designe en intervjuundersøkelse handler om å planlegge undersøkelsens prosedyrer og teknikker, dvs. å bestemme hvordan man skal gå fram. Vi måtte ta stilling til grad av strukturering på intervjuet, hvor det skulle gjennomføres, om spørsmålene skulle være kjent på forhånd, om vi skulle bruke båndopptaker, hvor lang tid vi skulle bruke og om intervjuet skulle kunne gjentas. Ved gruppeintervju måtte vi bestemme oss for hvordan gruppene skulle settes sammen, hvor mange som skulle være i gruppene, hvilken rolle forskeren skulle ta, og hvordan vi skulle fordele oppgavene oss imellom under intervjuet.

Det ble lagt opp til relativt åpne intervju med faste tema og åpne svar. Vi utarbeidet en intervjuguide som operasjonaliserte forskningsspørsmålene. Dette var nødvendig for å få oversikt over de temaene vi ønsket å komme inn på under intervjuet. Her tok vi utgangspunkt i de fire hovedtemaene i forskningsspørsmålene; verdier, interesser knyttet til samarbeidet, bruk av samarbeidsavtaler og organisering av forebyggende helsearbeid. Ved operasjonalisering av forskningsspørsmålene tematiserte vi eller kategoriserte spørsmålene ved å ta utgangspunkt i de teoriene vi ønsket å benytte i studien. Intervjuet hadde en struktur, men vi ville også være åpen under intervjuet. Våre respondenter fikk ikke utlevert intervjuguiden på forhånd og heller ikke før intervjuet startet. Vi antok at de ville forberede seg til å svare hvis de fikk den på forhånd og vi var ute etter deres utsagn i den konteksten som intervjuet la opp til. Det kunne virke forstyrrende dersom de fikk den ved startet av intervjuet og ville kanskje begynne å bla i den.

Alle intervjuene ble tatt opp på lydbånd etter samtykke fra respondentene. Ingen av dem hadde innvendinger mot dette. Intervjuene ble gjennomført i lokaler i kommuneadministrasjonen.

Strukturen i intervjuguiden ble fulgt kronologisk i intervjuene, men med muligheter for å gå tilbake til tidligere spørsmål der det falt naturlig. Vi startet for eksempel med spørsmål om hvilke verdier som preget organisasjonen. Dette var et tema det var vanskelig å starte med for enkelte, men et tema som mange kom tilbake til senere i intervjuet. Av og til var det en av oss forskere som stilte spørsmålet på nytt eller kom med tilleggsspørsmål for å sjekke om vi hadde oppfattet meninger eller sammenhenger riktig. Vi endret ikke intervjuguiden av den grunn siden vi hadde planlagt et åpent intervju hvor respondentene til en viss grad kunne være fri i forhold til deres egne tanker og prosesser under intervjuet.

3.6 Dataanalyse

All kvalitativ analyse starter med en samling av rådata som må struktureres på en eller annen måte, noe som innebærer oppdeling av helheten i et sett enkeltelementer. Derneft skal delene ses i lys av helheten, for eksempel ved at vi sammenstiller flere intervjuer og ser på hva de har til felles. Vekslingen mellom delene og helheten kalles ofte for den hermeneutiske metode, eller den hermeneutiske spiralen. Analyse av kvalitative data dreier seg om tre ting; beskrive, systematisere og kategorisere og sammenbinde (Jacobsen 2005).

Intervjuanalysen kan ifølge Kvale (2009) gjennomføres i seks trinn. Det første er at intervjupersonene beskriver sin livsverden, og det skjer lite fortolkning fra intervjueren og fra intervjupersonens side. Det andre trinnet er at intervjueren selv opplever og oppdager nye betydninger av sin beskrivelse. I det tredje trinn foretar intervjueren fortetninger og fortolkninger av meningen med det intervjueren sier, og det skjer i løpet av intervjuet, og intervjupersonen har mulighet til å presisere sin mening. I det fjerde trinn blir det transkriberte intervjuet tolket av intervjueren, eventuelt sammen med andre forskere. Intervjuet struktureres for analyse gjennom å transkribere. I den egentlige analysen utvikles intervjuenes mening. Et femte trinn er gjenintervjuing, hvilket innebærer at forskeren har analysert og tolket det ferdige intervjuet og fortolkningene kan gis til intervjupersonen. Denne har mulighet til å korrigere intervjuerens fortolkninger og komme med sine betraktninger. Et mulig sjette trinn ville være å gå fra beskrivelse og til å omfatte handling. Det vil si at intervjupersonene begynner å handle på bakgrunn av den nye innsikten de har fått gjennom intervjuet.

Det finnes ulike tilnæringer til kvalitativ analyse med hensyn til hvordan vi best kan dele opp data, og også hvordan vi kan vurdere helheten. *Innholdsanalyse* er en teknikk der vi første deler data inn i tema eller kategorier og deretter forsøker å finne sammenhenger mellom kategoriene. *Narrativ analyse* betrakter data som en fortelling bestående av ulike fortellingselementer. Helheten forsøkes forstått ved at vi vurderer dataene som en sammenhengende historie (Jacobsen 2005, 187).

Etter å ha transkribert intervjuene tok vi en innholdsanalyse hvor vi gikk gjennom alle intervjuene i henhold til det enkelte forskningsspørsmål, satte opp tema som gikk igjen eller som hadde utmerket seg på en eller annen måte og sorterte data med utgangspunkt i disse. Dette var en vanskelig prosess fordi mange funn hadde nyanser med relevans for flere tema.

3.7 Gyldighet, pålitelighet og overførbarhet

Troverdighet, styrke og overførbarhet diskuteres innen samfunnsvitenskapene, og som regel i sammenheng med begrepene reliabilitet, validitet og generaliserbarhet. I den positivistiske samfunnsforskningen er målet å finne lover om menneskelig atferd, og begrepene validitet (sannhet, gyldighet og relevans), det vil si at vi måler det vi ønsker å måle, og reliabilitet (pålitelighet og troverdighet) er essensielle. Disse begrepene er vanskelige å gi et innhold innenfor den humanistiske forskningstradisjonen der enhver situasjon er unik. Noen kvalitative forskere avviser å benytte begrepene fordi de hindrer en kreativ og frigjørende kvalitativ forskning. Andre har utvidet oppfatningen av begrepet: ”validitet har å gjøre med i hvilken grad en metode undersøker det den er ment å undersøke.” (Kvale 2009, 251). Kvale (2009) mener at begrepene kan rekonseptualiseres slik at de blir relevante for casestudier.

Reliabilitet behandles ofte i sammenheng med spørsmålet om hvorvidt et resultat kan reproduseres på andre tidspunkt av andre forskere, om hvorvidt intervjupersonene ville ha formidlet seg på en annen måte til andre forskere.

Validitet defineres som en uttalelse om sannhet, riktighet og styrke. Ut fra en positivistisk tilnærming begrenses validitet til målinger. Den kvalitative forskningen blir da ugyldig fordi den ikke ender opp med et tall. I den bredere forståelsen av validitet kan den kvalitative forskningen i prinsippet gi gyldig, vitenskapelig kunnskap.

Kvale (2009) har tre tilnærminger til validitet. Det er å vurdere validitet som en håndverksmessig kvalitet, en kommunikativ validitet og en pragmatisk validitet. Validitet som en håndverksmessig kvalitet innebærer å ha kontinuerlig kontroll, framsettelse av nye spørsmål og teoretiske fortolkninger av resultatene. En kommunikativ validitet vektlegger kommunikasjon gjennom dialog. Pragmatisk validitet er bevisføring gjennom handling – ”å gjøre sant.” I vår studie har disse tre former for validering vært gjennomført i hele forskningsprosessen.

Det er tre begreper som i følge Jacobsen er viktige for å vurdere validiteten i empirien; *begrepsgyldighet*, *intern gyldighet* og *ekstern gyldighet*. Begrepsgyldighet og relevans handler om hvorvidt begrepene vi bruker er gyldige og relevante brukt i forhold til det teoretiske fenomenet vi ønsker kunnskap om. Intern gyldighet er å vurdere om funnene oppfattes å være riktige. Ekstern gyldighet (generalisering) handler om resultater fra et avgrenset område og overføringsverdien til andre områder.

Vi har gjennomført intervjuene ved å stille spørsmål og fulgt opp med utdypende spørsmål når det har vært behov for det. Vi har lagt vekt på en god dialog, vært åpen og lyttende. Vi har vektlagt at vi hadde felles forståelse av begrepsbruken og at forskningsspørsmålene var

faglig relevant i forhold til forebyggende helsearbeidet. Vi har hatt en kritisk gjennomgang av resultatene, og slik vi vurderer det så har funnene gitt oss innsikt i prosesser, muligheter for valg og utfordringer i det forebyggende helsearbeidet.

Hvis resultatene av undersøkelsene er valide, blir det et spørsmål om funnene er overførbare til andre intervjupersoner og situasjoner, om funnene er *generaliserbare*. Generalisering innebærer at vi ut fra noen få intervjupersoner, danner oss en teori om virkeligheten og om hvordan fenomener henger sammen. Et krav om at samfunnsvitenskapene skal levere kunnskap som er generaliserbar, kan innebære en antagelse om at vitenskapelig kunnskap må være universell og overførbart til andre situasjoner og tidspunkt. Ut fra pragmatiske, konstruksjonistiske og diskursive tilnærminger kan kunnskap oppfattes som sosialt og historisk kontekstualiserte måter å forstå og handle på.

Det er tre former for generalisering. Det er naturalistisk, statistisk og analytisk generalisering (Kvale 2009). Naturalistisk generalisering er basert på personlige erfaringer, og er den erfaringen om hvordan ting er, den tause kunnskapen som blir uttrykt og blir eksplisitt. Statistisk generalisering innebærer at vi med en viss grad av sikkerhet kan påstå at det vi har studert i en eller noen få kontekster også vil gjelde for andre kontekster. En analytisk generalisering er en begrunnet vurdering på hvorfor funnene er overførbare til en annen situasjon og kontekst. Det er foretatt en analyse av likhetene og forskjellene i to situasjoner. Vi vil være tilbakeholdne med å generalisere funn i vår casestudie til å gjelde for andre lag og organisasjoner og deres samarbeid med kommunen, men en viss generalisering er mulig. Våre respondenter samarbeider med flere ansatte i kommunen, og de kommunale ansatte samarbeider med flere lag og organisasjoner enn de vi har valgt ut. Vi kan anta at funn om verdier, interesser, avtaler og organisering kan generaliseres til andre nettverk i forebyggende helsearbeid.

Utvikling av lærings- og mestringstilbudet i kommunen er arbeidsoppgaver vi er direkte engasjert i gjennom arbeidet vårt som rådgivere i rådmannens fagstab. Dette kan ha påvirket respondentene våre, for eksempel ved at de kan ha utelatt viktig informasjon i svarene sine fordi de visste at vi hadde kunnskap om det på forhånd eller fordi vi har en rolle i kommunen. Erfaringene de har med oss eller andre fra rådmannens fagstab eller at vi er representanter fra myndighetene eller som byråkrater, kan ha påvirket respondentene. Engasjementet vårt kan dessuten ha farget oppmerksomheten vår i intervjuene slik at vi ubevisst silte informasjon.

Gjennom analysen av materialet som kommer fram i undersøkelsen vår, har vi gjengitt en mest mulig autentisk gjengivelse av de verdier, interesser, og de meninger om utfordringene og mulighetene som vi har funnet hos deltagerne i undersøkelsen for på best mulig måte å sikre undersøkelsens gyldighet (validitet) og pålitelighet (reliabilitet).

3.8 Kritisk refleksjon

Vi har valgt en deduktiv tilnærming, dvs. at vi har gått inn med en forkunnskap om det feltet vi har studert. De fleste av våre respondenter har en av oss eller begge møtt før i andre situasjoner enn som studenter. Som rådgivere i rådmannens fagstab er vi saksbehandlere for saker som fremmes til politisk og administrativ behandling. Vi har oppfølgingsansvar på saker og forebyggende helsearbeid er sentrale saksområder for begge to, inkludert lærings- og mestringsvirksomheten. Vi jobber videre med å utforme samarbeidsavtaler med brukerorganisasjonene. Selv om vi understreket at vi møtte dem som forskere, framstod vi nok for dem som forskere og rådgivere. Det var vanskelig å skille disse rollene. Vi gikk ikke inn i forskningen for å søke en objektiv virkelighet, men ønsket å finne ut hva respondentene tenkte og hva de hadde av kunnskap på feltet.

Vi har valgt casestudie og benyttet åpne intervju. De var til en viss grad strukturerte, men vi lot oss lede av respondentenes fortellinger og assosiasjoner underveis. Det var et bevisst valg vi gjorde, og vi spurte opp dersom det var spørsmål som ikke var blitt tatt opp eller som vi var usikre på om vi forstod meningen med. Vi understreket at vi under intervjuene ville opptre som forskere og ikke rådgivere, men det var enkelte situasjoner hvor vi tenkte at disse synspunktene var framhevet på en måte som var mer rettet mot oss som rådgivere enn som forskere. Det oppstod også situasjoner hvor vi opplevde at respondentene innledet til en diskusjon, og hvor de forventet at vi deltok i den diskusjonen som de inviterte til. Vi prøvde å være tydelige på rollen vår i møte med respondentene, og vi brukte hverandre som kritisk venn for å skille rollene. Vi var interessert i å lytte til respondentene, og ikke stille ledende spørsmål slik at vi påvirket dem i en bestemt retning. Vi var oppmerksomme på risikoen for å *skape* forventninger og meninger ved måten vi opptrådte og spurte på, dvs. risikoen for å oppnå en undersøkelseeffekt (Jacobsen 2005). Vi har tidligere beskrevet at respondentene hadde problemer med å uttrykke verdier som preget dem i samarbeidet. Det kan for eksempel være knyttet til spørsmålets generelle karakter om verdier – hvilke verdier er sentrale eller viktige i deres organisasjon. Dersom vi hadde spurt om verdier i en bestemt kontekst, kunne det kanskje vært lettere å svare, for eksempel hvilke verdier som preger det forebyggende arbeidet, samarbeidet med den andre part, tjenesteutvikling eller partnerskapsinngåelse.

Tilbakemeldingene fra våre respondenter har vært positive, hvilket indikerer at de har fått formidlet sine synspunkter og meninger, og at disse har blitt mottatt av forskerne på en positiv måte.

Våre teorivalg har gitt struktur for intervjuguiden, som vi har utarbeidet. Vi hadde fire forskningsspørsmål og grupperte teoriene under de ulike spørsmålene. Det var til stor hjelp under intervjuene at vi kunne støtte oss på denne strukturen. Det hjalp oss i å holde fokus, til å

sjekke ut om vi hadde fått belyst alle sidene ved det fenomenet vi forsket på, og det ga trygghet i selve intervjusituasjonen.

Vi benyttet opptaker under intervjuene, og transkriberte dem innen få uker etter at de var gjennomført. Vi har benyttet funnene til å analysere utfordringer og muligheter i samarbeidet mellom kommunen og de frivillige organisasjonene. Vi har søkt å være etterrettelig. Vi har fått et stort materiale, og ikke alt er benyttet i vår analyse. Gjennom vår valg av metode og innhenting av data, blir våre funn tilgjengelig for leseren.

DEL 4 ANALYSE

Denne studien handler om samarbeid mellom frivillige lag og organisasjoner og Trondheim kommune. Frivillig sektor utgjør som tidligere nevnt av et bredt spekter av frivillige lag og organisasjoner som gjør en stor samfunnsinnsats, og vi har valgt å avgrense studien til tre organisasjoner som er sentrale for forebyggende helsearbeid; Kreftforeningen, Diabetesforbundet og ”Vårres” brukerstyrte senter. Trondheim kommune på sin side består også av mange ulike tjenester som er aktuelle samarbeidspartnere. Sammen utgjør disse organisasjonene et stort og mangfoldig nettverk med løst koblede organisasjoner som vi har studert ut fra fire hovedtema; verdier, interesser, samarbeidsavtaler og organisering av forebyggende helsearbeid.

4.1 utfordringer knyttet til ulike verdier blant samarbeidspartnerne

Kunnskap om verdier hos samarbeidspartnerne er viktig for å forstå hverandres ståsted og kultur, og for å kunne forholde seg til hverandre på en konstruktiv måte, håndtere uenighet, og vurdere eventuelle hensyn som må tas for å nå målene sine. Verdier kan være mer eller mindre bevisste, men preger alle organisasjoner. Med verdier mener vi ”et sett av grunnleggende kriterier som alle handlinger veies mot” (Busch m.fl. 2007). Verdier har med identitet og meningsdannelse å gjøre, hvilke oppfatninger vi har eller ikke har.

Organisasjonene vil til en viss grad tilpasse seg omgivelsenes krav, det vil si hvilke krav som er funksjonelle i forhold til andre interessenter og samfunnet forøvrig. Det funksjonelle perspektivet er representert ved Schein (1987). Schultz (1993) er kritisk til den funksjonelle tilnærmingen og mener at verdiene kan være skapt av menneskene i organisasjonen for å skape mening (det symbolske perspektivet).

4.1.1 Grunnleggende felles verdier

Vi ønsker å få tilgang til organisasjonenes verdier siden verdiene har stor betydning for samarbeidet om det forebyggende helsearbeidet. I forskningsspørsmålet ligger det en antakelse av at det er ulike verdier i offentlig sektor (kommune) og tredje sektor, og at dette

kan skape utfordringer i det samarbeidet vi er opptatt av. Forskningsspørsmålets underspørsmål i intervjuguiden ga grunnlag for å reflektere over eget verdigrunnlag og drøfte hva som er felles verdier, hva som er forskjellige og hvilke konsekvenser det kan ha for samarbeidet.

Flere av våre respondenter har trukket fram verdier knyttet til væremåten vi har overfor hverandre. Vi skal være til å stole på, vi skal vise ansvar og være redelig. Disse to utsagnene er eksempler på det:

Viktig å være pålitelig, til å stole på, følge opp det man har avtalt osv. Ikke undervurder de små tingene. (Rådmannsinstituttet i Trondheim kommune)

Vi står for kompetanse, redelighet, ressurser, se ressurser i teamet og hos publikum, eldre og innbyggere. (Infosenteret for seniorer)

Når det gjelder verdier så sier flere respondenter, både blant kommunale og brukerorganisasjoner, at frivillig arbeid er en verdi i seg sjøl. ”Frivillig arbeid er godt for folkehelsen, og alt som er godt for innbyggerne er godt for kommunen.” (Rådmannsinstituttet). Samarbeidet mellom offentlig og privat sektor ble også nevnt som en verdi i seg sjøl. Dette er i tråd med tenkningen i Samhandlingsreformen: ”Arbeid med denne problemstillingen, og hvordan innfallsvinkelen bør inngå i den helhetlige helsepolitikken, må skje i dialog med pasient- og brukerorganisasjonene” (St.meld. 47, 26).

Kompetanse en sentral verdi hos alle respondentene, siden begrunnelsen for samarbeidet i stor grad er relatert til kompetanse.

Vi må i større grad se på hvordan dette kan være komplementært til det vi driver med sjøl, og så kan vi kanskje fokusere på kunnskapsressurser. [...] For å gå tilbake til eksemplet med selvhjelpsgruppene, så er det klart at kompetansen de hadde utviklet før de gikk inn i samarbeid med det offentlige er en kompetanse som ingen kommune besitter (Rådmannsinstituttet i Trondheim kommune).

Kompetanse som verdi uttrykkes ulikt i de ulike organisasjonene. Hos kommunen er profesjons- og fagkompetansen mest framtrødende hos eksempelvis sykepleieren eller fysioterapeuten. Hos brukerorganisasjonene er det kompetansen som brukeren eller pasienten har ervervet seg gjennom å være pasient, som er sentral. Det gis, som vi ser, uttrykk for forbedringspotensial ved at brukerkompetansen kan være et viktig supplement til fagfolks kompetanse, og brukerorganisasjonene kan også ligge i forkant og utvikle ny kunnskap. Dette er imidlertid i begrenset grad satt i system som en del av tjenesteutviklingen. Brukerrådene i enhetene har, etter det vi har klart å avdekke, fokus på den enkelte enhets kvalitet på tjenestene og ikke de kommunale tjenestene i sin helhet.

Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring (mestring.no) beskriver fagkompetansen og brukerkompetansen som prinsipielt likeverdige kompetanseformer når man planlegger

kurstilbud ved lærings- og mestringssenter, og at dette er gjennomgående i hele arbeidsprosessen. Dette omtales som Standard metode for LMS (NK LMS 2011). I følge en av våre respondenter, "Vårres" brukerstyrte senter, som har lang erfaring fra samarbeid i LMS i helseforetakene, så er ikke dette bare uttrykte verdier, men også verdier som preger praksis. De planlegger, gjennomfører og evaluerer kursene på en likeverdig måte.

Vi bidrar med erfaring som andre vil benytte. Vi har mange brukerrepresentanter som holder innlegg. Jeg har et barn med NN-diagnose og har holdt på siden 1980. Dette har blitt en livsstil. Vi er veldig opptatt av at status for brukerkompetansen skal økes. Ekspertisen skal økes og bli like viktig som fagkompetansen. Dette er et helt eget fag ("Vårres" brukerstyrte senter).

Med dette unntaket omtales forbedringspotensialet som stort både fra de kommunale respondentene og brukerrespondentene. Det handler både om at brukerkompetansen ikke verdsettes godt nok, ikke ses som likeverdig og at kompetansen til brukerorganisasjonene bør brukes mer i hverdagen på ulike måter.

Alle våre brukerrespondenter opplever fagkompetansen i kommunen som for dårlig i forhold til den diagnosegruppen de representerer. Dette handler om respondenter som representerer sjeldne diagnoser så vel som de større diagnosegruppene, i kommunens helseenheter så vel som i andre enheter som møter utfordringer knyttet til inkludering av mennesker med funksjonsnedsettelse og kroniske sykdommer.

Kreftforeningen og Diabetesforbundet framhever behovet for samarbeid for å øke kompetansen i helse- og velferdstjenesten. Utfordringen sett fra deres side er å slippe til i det kommunale apparatet, og at kunnskapen om hverandre er for dårlig. "Vi sitter på en kompetanse som dere kunne ha brukt mye mer. Men da må vi vite om hverandre, og dette må settes i system" (Kreftforeningen).

Noen ganger har brukerne mer kunnskap om sin diagnose enn fagpersonene de møter, også når det gjelder helsepersonell i sykehus og kommune. Å være åpen for denne muligheten kan være en utfordring. Diabetesforbundet hadde erfaring med at det kan skje alvorlig feilbehandling i slike tilfeller dersom brukerkunnskapen ikke lyttes til eller erkjennes som relevant.

Brukermedvirkning er en annen verdi, som vi finner i alle organisasjonene. Selv om både kommunen og brukerorganisasjoner gir uttrykk for at de rangerer brukermedvirkning med frivillige høyt, kan verdien tolkes ulikt. Det kan være at man har ulike forventninger av hvordan dette skal være og lite forståelse og kunnskap om hverandres ståsted. Flere av respondentene framhever betydningen av å skape forståelse av hverandres ståsted.

Vi må klare å formidle hva som er kommunens egenart og hvorfor vi jobber som vi gjør, - at vi ikke tar for gitt at folk forstår og vet hvorfor vi opptrer som vi gjør – at

regelverket er til for at vi skal få til et bedre samarbeid, og at det ikke er til hinder for samarbeid. Dette er vi ikke flinke nok til (Rådmannsinstituttet i Trondheim kommune).

Dette viser at alle parter legger stor vekt på brukermedvirkning som en grunnleggende verdi, men at partene ikke har kommet fram til en form på arbeidet, som er tilfredsstillende.

Samarbeid med brukerorganisasjonene kan gi viktige bidrag på flere arenaer. Både Kreftforeningen, Diabetesforbundet og "Vårres" brukerstyrte senter kan fortelle om eksempler fra skoler og barnehager der de har bidratt med råd og veiledning om tilrettelegging av tilbudet eller utfordringer knyttet til samtale med elever som har alvorlig sykdom eller funksjonsnedsettelse. "Vårres" og Diabetesforbundet peker på at mye av det forebyggende arbeidet bør skje på slike arenaer, fordi de barna dette gjelder møter store utfordringer nettopp i læringssituasjoner.

Flere av brukerrespondentene har vært opptatt av medvirkning fra innbyggerne for å utvikle gode tjenester. Beck Jørgensen (2003) beskriver dette som en egen gruppe av verdier i offentlig sektor knyttet til den partipatoriske (medvirkende, deltakende) demokratitradisjonen.

... at demokrati ikke så meget handler om blot at stemme på noget, som det handler om samtale, deltagelse og ansvarliggørelse for herigennem at udvikle sig personligt... Relaterede værdier er for eksempel balancere interesser, kompromis, folkets vilje og lytte til opinionen" (Beck Jørgensen 2003, 52).

Kommuneplanens samfunnsdel sier følgende om medvirkning:

I all kommunal virksomhet er det avgjørende å legge til rette for reell medvirkning fra tjenestemottakeren. Dette gjelder også på områder der slik medvirkning ikke er lovregulert. Kommunen vil legge til rette for medvirkning gjennom tilrettelegging av møteplasser og arenaer. Nye metoder for dialog, aktiv informasjon og kommunikasjon, vil styrke innbyggernes medvirkning i utformingen av tjenestene, og både innbyggernes og kommunens rolle blir tydeligere. Trondheims innbyggere skal delta i byens utvikling, både når det gjelder beslutninger som angår dem, og som deltakere i politiske og frivillige organisasjoner (Trondheim kommune 2011).

Våre respondenter gir som vi ser uttrykk for felles verdier på dette området, men brukerorganisasjonene er ikke tilfredse med den reelle innflytelsen i kommunens beslutningssystem. Brukermedvirkning fører sjølsagt ikke alltid til at man får gjennomslag for sine ønsker om hvordan tilbudene skal utformes. Kommunen må foreta prioriteringer og vurdere om prioritering av den ene gruppe kan slå urimelig ut i for andre grupper eller andre tjenesteområder. Alle pasientgrupper skal ivaretas på en likeverdig måte. Disse avveiningene oppleves ikke alltid rettferdig.

Det er en vanskelig verdi, for det som er rettferdig for dere er ikke nødvendigvis rettferdig for oss. Hvis vi blir sidestilt med andre organisasjoner som taler andre sykdomsgruppers sak, så er vi store og sterke og alt det der, men sånn er jo verden.

Og så kan kommunene rettferdiggjøre det ved at i forhold til Landsforeningen for hjerte og lungesyke, Kreftforeningen, Diabetesforeningen osv, så har dere et spekter av sykdomsgrupper som dere kan bruke strategisk, og så blir det deres valg hvordan dere vil bruke de ulike organisasjonene også i strategisk arbeid (Kreftforeningen).

Kreftforeningen er en sterk organisasjon, og opplever at dette av og til slår ut i deres disfavør. De finner det ikke urimelig at sterkere grupper får mer gjennomslag enn mindre grupper, men kommunen er pliktig til å ivareta verdiene som lik rett til behandling og deltakelse.

Kreftforeningen mener også at kommunen i for liten grad bruker både dem og det store spekteret av organisasjoner i sitt strategiske arbeid. Engasjement er en verdi, som vi i fant både hos frivillige og i kommunen. Dette gjaldt alle respondentene.

Vi har jo en lovpålagt oppgave som samfunnsutvikling og ansvar for innbyggerne, så alt som er godt for innbyggerne er godt for kommunen. Både plikt og interesse av at folkehelse bedres, og selvsagt økonomiske interesser av at de skulle bli litt kvikkere så vi sparte ei krone eller to, - det er et langsiktig perspektiv som også har en effektiviseringsgevinst (Rådmannsinstituttet)

Kommunen har altså et ansvar som samfunnsplanlegger, og for lokaldemokratiske prosesser, og brukerorganisasjonene er viktig aktører både lokalt og sentralt i helsepolitiske prosesser som brukernes representanter, pressgrupper og vaktbikkjer. De er seg bevisst at kommunen er politisk styrt og bruker sine politiske forbindelser målrettet. Dersom de ikke når gjennom i samarbeidet med det lokale byråkratiet, bruker de sine politiske forbindelser til å fremme sine saker.

Samarbeid mellom kommunen og frivilligheten vektlegges i kommunale og nasjonale strategier, og er nå også nedfelt i den nye loven for kommunale helse- og omsorgstjenester.

Verdier er sterkt knyttet til identitet, følelser og myter. Som Bolman og Deal (2009) sier – myter kan være sannere enn virkeligheten. Det handler om det som gir hverdagen mening, det som skaper engasjement og energi. Mange snakket om at frivillighet næres av lyst, av noe som er verdifullt for den det gjelder. I følge en av våre respondenter i rådmannsinstituttet er imidlertid ikke engasjement som verdi noe som bare er forbeholdt frivillige lag og organisasjoner.

Fagfolk har en voldsom energi knyttet til faget sitt, og at man skal utøve det godt. Lønn er sjølsagt viktig, men de har en misjon her i verden – jordmødre er et typisk eksempel på dette, med øredobber med storker i. Så hvis de møter frivillige med det samme engasjementet om felles interesser så fungerer det (Rådmannsinstituttet i Trondheim kommune).

Tillit og gjensidighet i relasjonene, lojalitet og respekt er verdier som uttrykkes blant våre respondenter, både blant de frivillige og blant de offentlige ansatte. Disse verdiene sammen med et stort engasjement for saker de brenner for, er et godt utgangspunkt og er en stor positiv drivkraft til å utvikle tjenestetilbudet.

”Vårres” brukerstyrte senter (psykisk helse) fremhevet helhet og sammenheng som en viktig verdi. I det legger de vekt på at livet til pasienten handler om mer enn sykdommen, og at det kan bli for mye fokus på diagnosen. Vedkommendes organisasjon har en rolle som talspersoner for flere diagnosegrupper innen det psykiske helsefeltet.

Vi må se hele livet til barna. De kan være prisgitt den enkelte skole og enkeltpersoner. Har de en vanskelig skolehverdag så drar de det med seg. Det må tenkes på hele livet. Skole hjem og fritid og de som er ute i jobb. Det er fragmentert. [...] Pasienten får medisin og behandling, men ikke god nok oppfølging på andre livsområder etter at vedkommende har kommet hjem etter behandling på sykehus (”Vårres” brukerstyrte senter).

Økonomi er også en verdi, som kunne blitt uttrykt ved at partene har avtalt at noen oppgaver utføres av det offentlige og at andre oppgaver ytes av de frivillige, og at dette har gitt en økonomisk effekt for begge parter i forhold til å samhandle om knappe ressurser. Dette kom ikke til uttrykk hos noen av partene. Rådmannsinstituttet uttrykker følgende:

”Men jeg har ikke inntrykk av at det – verken for rådmannen eller politikerne - er at vi skal gjøre et vesentlig poeng av den økonomiske gevinsten. Samarbeid med frivillige har en gevinst i seg sjøl.

Det er betydningen av samarbeid og samhandling med frivillige som vektlegges.

Selv om mange av verdiene er felles, kan de være sterkere vektlagt hos den ene parten enn hos andre, eller man kan legge forskjellige ting i verdien. Kreftforeningen uttrykte eksplisitt at det ikke er noe gap mellom deres egne verdier og kommunens verdier og pekte da på verdier som nestekjærlighet og ønsket om en god hverdag for borgerne. Infosenteret for seniorer som har en bred kontaktflate ut mot frivillige lag og organisasjoner, ga uttrykk for en klar opplevelse av felles verdigrunnlag. Felles mål for kommunen og organisasjonene, som er kommet fram gjennom intervjuene, er for eksempel at begge vil folket og sine medlemmers beste, at de skal få gode tjenester og et godt hverdagsliv, men *hva* som er folks (brukernes) beste er man ikke nødvendigvis enige om. En av utfordringene slik vi ser det, er derfor at kommunen i for liten grad vektlegger dialogen med brukerorganisasjonene for å lytte ut hva de mener er mangler og behov for tjenester og tiltak. De kunne også fortelle om situasjoner hvor de hadde blitt avvist:

De ville inn for å informere om vårt arbeid og tilbud, men fikk ikke åpning. De fikk beskjed om at kommunen jobbet på sin måte, - det gikk på forholdet mellom frivillige og profesjonelle. Så dialogen er viktig. Det er derfor jeg er så glad for at samhandlingsreformen er så spesifikk på dette med samarbeid med frivillige (Diabetesforbundet).

Dette eksemplet er ikke fra Trondheim kommune.

Årsakene til at organisasjonene ikke opplever å slippe til kan være mange. Det kan være at de fora man har for dialog ikke fungerer tilfredsstillende. Det kan videre være ressurskrevende for kommunen å forholde seg til det store spekteret av interesseorganisasjoner. Slik situasjonen beskrives i eksempelet over, kan det også tyde på en holdning om at ”kommunen vet best” hvordan oppgave skal løses, og væremåten synes ikke å være i tråd med et verdigrunnlag som handler om respekt, være åpen overfor samarbeidspartnerne eller å samhandle for gode fellesskapsløsninger. Vi kjenner imidlertid ikke kommunens versjon av historien ovenfor (eksempelet var ikke fra Trondheim), og ingen av våre respondenter har gitt uttrykk for et slikt syn. Innstillingen til samarbeid med brukerorganisasjonene var gjennomgående positiv. ”Vi må utvikle noe i fellesskap istedenfor å se på organisasjonene som en gjeng masete og kranglete folk” (Rådmannsinstituttet). Vårt inntrykk er likevel at det ligger et stort ubrukt potensial i tettere dialog mellom partene, både i forhold til kommunens legitimitet og omdømmebygging og i forhold til å utvikle treffsikre og effektive tjenester til brukerne.

Beck Jørgensen og Bozeman (2003) grupperer verdier i offentlig virksomhet ut fra det de kaller *det offentlige verdiunivers*. Verdirefleksjonene hos våre respondenter bærer preg av hvilken rolle og funksjon de har i dette verdiuniverset – om de tilhører forvaltningen (rådmannsinstituttet) eller er offentlige ansatte med ansvar for tjenester i lokalsamfunnet i direkte samhandling med brukeren. Rådmannsinstituttet er naturlig nok preget av verdier i forholdet mellom forvaltning og omgivelser. Her kommer også verdier iht. til forholdet mellom politikere og forvaltning fram, samt transformasjon av interesser til beslutning. Respondentene som er knyttet til tjenesteapparatet preges sterkere av andre verdier, - de er opptatt av verdier relatert til dialog, responsivitet og samarbeid mellom borger og offentlig ansatte.

Både kommunalt ansatte og frivillige delte felles verdier som stort engasjement og entusiasme, respekt for hverandre, kompetanse og ønske om å legge til rette for deltagelse og medvirkning.

4.1.2 utfordringer i møtet mellom kommunens byråkratiske verdier og brukerorganisasjonenes verdier

Vi har beskrevet at det er mye felles verdier i samarbeidet om det forebyggende helsearbeidet mellom kommunen og frivillige organisasjoner. I dette kapitlet vil vi analysere nærmere om vi møter på utfordringer når kommunens byråkratiske verdier møter brukerorganisasjonens verdier.

Kommunen er politisk styrt, og preges av formelle lover, regler og verdier som skal bidra til at innbyggerne mottar tjenester de etter loven har rettigheter til og krav på. Kommunale verdier som ble nevnt av de kommunale respondentene var likhet og rettferdighet, rettssikkerhet, tilgjengelighet for alle, etterrettelighet og åpenhet. Dette verdigrunnlaget skal

prege ansatte sitt møte med innbyggerne, uavhengig av hvor borgerne bo og hvem de har som saksbehandler eller tjenesteyter. For å få til likebehandling må lederne tilstrebe likhet i tjenesteutøvelsen og samordne seg på tvers av enheter. De skal sørge for at det individuelle skjønnet som utøves i enhver sak er samordnet i kommunen. Innbyggerne skal møtes med respekt, som kommunens ansatte skal de lytte til dem og bidra til at de opplever seg verdsatt.

Vi har jo en lovpålagt oppgave som samfunnsutvikler og ansvar for innbyggerne, så alt som er godt for innbyggerne er godt for kommunen. Det er en kjempeutfordring at et stort og byråkratisk system møter ildsjeler og foregangsfolk (i tredje sektor), så det er en kulturutfordring å få til gode strukturer opp mot frivillige lag og organisasjoner (Rådmannsinstituttet).

Når flere av våre brukerrespondenter opplever det vanskelig å nå fram i kommunen, er det første og fremst det kommunale byråkratiet, eller forvaltningsapparatet de sikter til. De syns saksbehandlingen tar veldig lang tid, og at saksbehandlerne har for lite engasjement for deres saker. Verdier som kommunen står for som tillit og gjensidighet og medvirkning kommer ikke til uttrykk gjennom handling. Diabetesforbundet sier at politikere er engasjerte folk som vil endre på ting som ikke fungerer. Når de tar opp saker med ansatte i kommunen, så tar ting lang tid, sannsynligvis fordi de ansatte må ta sakene opp med neste ledd som så må løfte saken videre til neste ledd, som de sier. ”– det er veldig mye byråkrati, - møter på møter og lite handling. Ja det er bra med møter og komme til en dialog, men det må skje noe etterpå, - det må tas noen avgjørelser” (Diabetesforbundet). De fant det lettere å nå gjennom hos politikere. Brukerorganisasjonene bruker lokale og sentrale politikere aktivt for å fremme sine saker.

For å ta utgangspunkt i NN kommune som jeg kjenner best – og NN som er ordfører der – han har jeg snakket med mange ganger og lurt på hvordan vi skal komme inn. Jeg har sagt at dette møtet kan vi ta etter valget, for jeg er interessert i hva som skal skje etter valget. Men han ville ha dialog før valget, og den dialogen ble kjempebra. Godt oppmøte, og mange var interessert i samarbeid. [...]Jeg har vært på Stortinget og snakket med folk der, og jeg vil si at et er enklere å komme til en dialog der enn med de som sitter i fylkeskommunene eller kommunene. I kommunene er de jo ansatte. De som sitter i Stortinget er valgt av folket for å sitte der de sitter, og de sitter der for å endre på ting – (Diabetesforbundet).

Når vi snakker om verdier er det så viktig med strategisk samarbeid, - vi hopper ofte over denne diskusjonen og går rett på samarbeid om tiltak. Her kommer ikke bare kommunens samfunnsdel inn, men også økonomiplanen og budsjettarbeidet inn som vi heller ikke er delaktig i, men hvor samarbeid kunne skapt større forståelse for kommunens prioriteringer – for eksempel på et område som sosial ulikhet. Hvordan kan vi unngå at brukerorganisasjonen vår bare når damer med perleøredobber? (Kreftforeningen).

Medvirkning i prosesser innebærer ikke nødvendigvis at deltagerne får gjennomslag for sine forslag eller tilslutning til sine meninger. For organisasjonene kan det oppleves som at

kommunen ikke lever opp til sine verdier om å legge til rette for medvirkning og deltagelse dersom de ikke har nådd fram gjennom de formelle kanalene som finnes, som for eksempel høringer eller kommunale brukerråd. Å trekke med brukerorganisasjoner i rådmannens arbeid med økonomiplan og budsjettarbeid er ikke vanlig etter det vi kjenner til.

En av de kommunale respondentene i barne- og familietjenesten hadde erfart at tredje sektor uttrykte utålmodighet med det kommunale systemet - ”at man hele tiden måtte vektlegge objektivitet og ansvarlighet før handlinger kunne settes ut i livet”. Dette betyr ikke nødvendigvis at det er uenighet om at kommunen skal etterleve verdiene om rettferdighet og ansvarlighet når det gjelder behandling av søknader om tilskudd, men at man syns saksbehandlingen blir for omstendelig og tar for lang tid. Likeså var det frustrasjon hos Kreftforeningen over at kommunen prøvde å tilstrebe en form for likhet mellom organisasjonene, selv om de egentlig var svært ulike både med hensyn til oppgaver og tilgjengelige ressurser. Dette betyr ikke nødvendigvis at det er uenighet om retten til likeverdig behandling, som en byråkratisk verdi, men om at felles verdier noen ganger slår over i rigiditet og prinsipptryteri.

Brukerorganisasjonene er godt kjent med kommunens byråkratiske verdier, og flere viser at de har forståelse for at det må være slik. På den annen side er det frustrerende at det tar så lang tid å komme fra dialog til handling og iverksette tiltak. Dette blir et dilemma og spørsmål om verdivalg for kommunens ansatte. Likhet og rettferdighet krever at beslutninger må vurderes og drøftes i organisasjonen, og det kan stå i motsetning til verdier som engasjement og medvirkning. Det kan se ut til at det er mangel på initiativ eller evne til å handle fra de ansatte sin side, jamfør sitatene overfor. Diabetesforbundet mente dette kunne henge sammen med de omstendelige beslutningsprosessene i kommunen: ” Den ansatte må ta saken opp med en annen instans som så må ta det opp med enda en., og så forsvinner saken et sted på veien”. Dette kan ha med hierarkiske systemer å gjøre, med uklare mandat eller med koordineringsbehov, at det er så mange i kommunen som berøres av en sak og dermed må høres. Det kan også handle om at saken er mye mer kompleks enn den så ut til å være i starten, eller at kommunen egentlig ikke er interessert nok i å følge opp saken, og at det ikke kommuniseres med organisasjonen.

I følge vår respondent fra Barne- og familietjenesten har byråkratiet i noen tilfeller ført til at frivillige organisasjoner har trukket seg ut av samarbeidet med kommunen og gitt uttrykk for at de har vært oppgitt over de prosedyrer og regler som kommunen må iverksette, for eksempel når det gjelder søknad om økonomiske tilskudd. Dette viser et dilemma og verdivalg, som de kommunalt ansatte står overfor. Dette har ifølge vår respondent ikke gått ut over de personlige relasjoner mellom de ansatte og det aktuelle laget. Derimot har det gått ut over forholdet mellom ”kommunen” og laget eller organisasjonen, - det har svekket kommunens omdømme.

Et av formålene med kommunens virksomhet er å være en tjenesteprodusent som forvalter offentlige ressurser i tråd med gitte lover og forskrifter, verdier og normer, mens brukerorganisasjonene har som kjerneoppgave å ivareta medlemmenes interesser. Det betyr ikke at brukerorganisasjonene dermed er uenige i kommunens verdigrunnlag, men det kan likevel oppstå motsetninger. ”Rettferdighet er en vanskelig verdi, for det som er rettferdig for dere er ikke nødvendigvis rettferdig for oss”, som en av respondentene i Kreftforeningen uttrykte det.

Det skal være så rettferdig-, derfor sliter vi kanskje litt med å nå fram. [...] Det handler kanskje om at våre pasienter og pårørende har en så sterk organisasjon bak seg, så ser man ikke det som en mulighet som det kunne ha vært. Det blir en ulempe for oss, når kommunen ønsker å ha en generalistholdning til alle diagnosegrupper. Men i kraft av at kreftpasienten har den sterke foreningen bak seg, så er det faktisk også en mye større mulighet som vi skulle ønske at Trondheim kommune i mye mer grad kunne sett som en ressurs. [...] Hvis vi blir sidestilt med andre organisasjoner som taler andre sykdomsgruppers sak, så er vi store og sterke og alt det der, men sånn er jo verden (Kreftforeningen).

I følge Beck Jørgensen (2003) kan enhver verdi tolkes i flere retninger. Det som ser ut som verdimotsetninger behøver ikke å handle om uenighet om verdiene som sådan, men om tolkningsforskjeller, hvordan borgerens interesser tolkes og behandles. Av spesiell interesse i denne sammenheng, er de verdiene som er knyttet til hvordan synspunkter fra omgivelsene *kanaliseres inn i de besluttende organer* i for eksempel kommunen. Verdiene i denne gruppen handler om å lytte til opinionen, til brukernes ønsker, om kommunens responsivitet, om dialog mellom partene, interessebalansering og selvutvikling. De verdiene som ligger til grunn for en rettsregel kan for eksempel være rettferdighet og lik behandling, men anvendelsen av rettsreglene kan være så preget av stivhet og ufølsomhet at rettferdighet ikke kan oppnås, i følge Beck Jørgensen (2003, 51). Denne stivheten i saksbehandlingen kan være en forklaring på hvorfor mange oppfatter byråkrati som noe negativt.

Verdiene i en frivillig organisasjon er ofte selve kjernen av deres virksomhet. De har ingen ”business bottom line” eller kjerneoppgaver å falle tilbake på (Aiken 2001, 2002). Verdiene kan ikke vedlikeholdes med henvisning til politiske dokumenter eller lovverk, men må holdes i hevd og fornyes kontinuerlig av organisasjonen selv.

Frivillige lag og organisasjoner er ikke politisk styrt. De styres av representanter oppnevnt av medlemmene. Organisasjonen og medlemmene har en fri stilling, og kan til enhver tid definere hva som skal gjøres. Kreftforeningen påpeker at de likevel påvirkes av hvordan det offentlige beveger seg, av prioriteringer det offentlige gjør og hvordan pasienter og pårørende opplever at det offentlige fungerer og prioriterer. Dette er bestemmende for hvordan organisasjonen fremtrer overfor kommunen. Den frie rollen er frivillighetens natur. Brukerorganisasjonene ønsker å være uavhengige og ha denne frie rollen nettopp for å kunne være vaktbikkje og fritt kunne posisjonere seg i forhold til sin sak.

Kommunen er bygd på hierarkiske og byråkratiske verdier som jeg syns er positive, som rettssikkerhet, tilgjengelighet for alle, likhet og rettferdighet. Disse verdiene må kommuniseres også til samarbeidspartene, og det er viktig å ivareta våre verdier i nettverkssamarbeidet. De byråkratiske verdiene kan ha en negativ klang, men er likevel viktig å ivareta i samarbeidet. Vår egenart – byråkrati – ikke i rigid forstand, men i form av verdiene (Rådmannsinstituttet).

Kommunens forvaltning skal være preget av åpenhet og etterrettelighet. Den skal tåle ettersyn og medias oppmerksomhet til enhver tid slik at borgerne kan etterse at kommunen følger politiske vedtak (Rådmannsinstituttet).

Det er en opplevelse av at byråkratiske verdier oppfattes som negative, selv om de egentlig er positive og danner kjernen i det offentlige etos (Beck Jørgensen 2003). Han peker også på at stivbent tolkning av verdiene kan være forklaringen på at verdiene oppfattes som noe negativt, og at dette til og med kan føre til at den tilsiktede likheten eller rettferdigheten ikke oppnås. De må praktiseres med skjønn og følsomhet.

Borgerne har gjennom politiske prosesser fått gjennomslag for rettigheter og forvaltningsprinsipper, for eksempel gjennom arbeid i interesseorganisasjoner som brukerorganisasjonene. Det hevdes at vi lever i et rettighetssamfunn. Rettighetene man har som borgere og som brukere av offentlige tjenester er etter hvert blitt lovfestet, og kommunen har ansvar for å forvalte og ivareta disse rettighetene. Noen organisasjoner ønsker i tillegg å etablere særordninger for deres medlemsgruppe. Særordninger for en pasientgruppe kan brøyte vei for andre grupper, men særordninger utfordrer likevel rettferdighets- og likhetsverdiene. Dersom det er en god ordning med overføringsverdi til andre kan det være positivt, men mange særordninger skaper også gråsoner med fare for at noen faller utenom alle ordninger. Det kan også være en fare for at andre grupper skyves til side, at noen vinner fram på andres bekostning.

Rollene er som vi ser forskjellige – brukerorganisasjonene er pressgrupper i politiske prosesser, mens kommunen forvalter fellesgoder og rettigheter når de er vedtatt. Kommunen er satt til å forvalte disse verdiene på vegne av borgerne. Borgerne skal ha innflytelse gjennom politiske prosesser lokalt og sentralt, og brukerorganisasjonene er ofte deres talsmenn eller tillitsvalgte. Møtet mellom borger og kommune skal være preget av likeverdighet og respekt for hverandres ståsted, sier mange av våre respondenter.

Murdock (2010) gir uttrykk for store verdimotsetninger mellom offentlig og frivillig sektor i sin artikkel om verdsettene i offentlig og privat sektor. Tidligere har vi vært inne på at vi ikke finner store verdimotsetninger. Murdock antyder at frivillig sektor preges av verdiene engasjement, barmhjertighet, entusiasme, solidaritet og utfordringer (devotion, compassion, enthusiasm, solidarity and defiance), men disse verdiene ser også ut til å finnes i offentlig sektor. Etter å ha snakket med respondentene fra de utøvende tjenestene i kommunen hadde vi

et inntrykk av at verdiene deres i stor grad ligner verdiene som i følge Murdock særpreger tredje sektor, noe som også trekkes fram fra en av respondentene fra rådmannsinstituttet:

Fagfolk har en voldsom energi knyttet til faget sitt, og at man skal utøve det godt. Lønn er sjølsagt viktig, men de har en misjon her i verden – jordmødre er et typisk eksempel på dette, med øredobber med storker i. Så hvis de møter frivillige med det samme engasjementet om felles interesser så fungerer det, men henger man seg opp i detaljer, kan det bli problemer. [...] Sterke følelser settes i sving når profesjonenes identitet og faglige frihet berøres av kommunale strukturendringer.

Verdier er nært knyttet til identitet, og kan som vi ser sette i gang sterke følelser. Når disse sterke følelsene (både hos ansatte og frivillige) møter offentlige verdier som objektivitet og ansvarlighet ("objectivity and accountability") kan følelsene slå om i negative følelser som frustrasjon slik vi har vært inne på. Våre funn tyder imidlertid ikke på at verdimotsetninger oppleves som noe vesentlig problem i hele respondentgruppen. Forklaringen kan være at det ikke er *ett* sett med offentlige verdier, men mange ulike verdigrupper som preger ulike deler av det offentlige apparatet slik Beck Jørgensen og Bozman (2003) beskriver det. Den respondentgruppen som ga uttrykk for at det i stor grad var felles verdier, var den gruppen som samhandler med brukerne mest – respondentene fra de utøvende tjenestene. Alle våre kommunale respondenter var seg bevisst sitt ansvar for objektivitet og etterrettelighet, rettferdighet og likebehandling, men samtidig viste mange av dem et engasjement for forebygging og samarbeid som svarte til de frivilliges engasjement. Tjenesteutøverne ga uttrykk for at motsetningene avtok etter hvert som partene ble kjent.

Noen av verdiene finnes altså i alle organisasjonene, om enn i ulik grad, og noen av verdiene er sentrale relasjonelle verdier i ethvert samarbeid. Tillit, respekt og gjensidighet (for eksempel at samarbeid må ha merverdi for begge parter) ble fremhevet av flere respondenter som svært viktige relasjonelle verdier i et nettverk. "Frivillig arbeid næres av lyst og engasjement", er det blitt sagt av flere. Frivillige uten engasjement trekker seg ut av samarbeidet. "Det er lite formålstjenlig å prøve å få til et samarbeid mellom uengasjerte parter", sier en av respondentene fra rådmannsinstituttet.

Verdier er sterkt knyttet til *identitet*. Potensialet til å få til noe sammen er derfor stort når verdigrunnet skaper engasjement i begge organisasjoner. Utfordringene blir tilsvarende sterke når det skjer noe som bryter med verdiene til en av organisasjonene.

Rådmannsinstituttet nevnte som eksempel på dette at fagorganisasjonene engasjerer seg sterkt når der vurderes å overlate kommunale oppgaver til frivillig sektor.

Mye nybrottsarbeid og innovasjon, ikke minst i det forebyggende arbeidet, næres av personlige interesser og engasjement, og drives fram av ildsjeler i offentlig sektor.

Frisklivssentralen og Lærings- og mestringsnettverket er et eksempel på det. Men kommunale ildsjeler kan ikke utfolde seg like fritt som ildsjelene i frivillig sektor. De har forpliktelser, må

sikre politisk og administrativ forankring, og det de gjør må tåle medias søkelys og revisjonens kontroll. Noe av den manglende handlingsevnen hos kommunalt ansatte som vi var inne på i forrige kapittel kan handle om slike forhold. Å fremme nye saker kan være en møysommelig prosess dersom ildsjelene vet at ideene eller sakene ikke vil vekke interesse hos administrativ og politiske ledelse. I slike situasjoner kan det være velkommen drahjelpen dersom pågående brukerorganisasjoner brenner for samme sak.

4.1.3 utfordringer knyttet til håndtering av verdimotsetninger

Vi har tidligere vært inne på at det er ulike måter å reagere på når man står overfor verdimotsetninger – noen trekker seg unna, mens andre fokuserer på fellesverdiene og felles interesser.

En respondent fra rådmannsinstituttet påpekte at det kan medføre en *kulturendring* å samarbeide med frivillige lag og organisasjoner. Kommunen rår ikke over de vanlige virkemidlene som en har i en hierarkistisk organisasjon som sanksjoner, kommandomuligheter og andre virkemidler som de er vant til å ta i bruk.

Flere av respondentene pekte på at ulike verdier mellom samarbeidspartnere er naturlig. Slik må det være fordi rollene er – og skal være – forskjellige. Egentlig behøver det ikke å være noe problem hvis man er bevisst på det, tar det som en utfordring og opptrer profesjonelt. Utfordringen ligger i at partene må lære seg å håndtere det.

Uenighet vil det alltid være, men jeg vil ikke kalle det et problem. Jeg vil heller kalle det en utfordring. Og jeg tror at alt i alt vil det komme til en løsning både for frivillige og kommunene, og fylkeskommunene (Diabetesforbundet).

Det handler om å snakke mer sammen. Hva tenker vi? Vi har ikke kommet i en situasjon, hvor vi ikke har forstått hverandre. Jeg tror på kommunikasjon (Infosenteret for seniorer).

Det er viktig å respektere hverandre situasjon, - jeg er ikke sikker på om vi er flinke nok til å håndtere slike situasjoner. Skal vi klare å bygge bro over dette må vi tenke gjensidighet (Rådmannsinstituttet).

Som vi har vært inne på opplever Kreftforeningens respondenter kommunens byråkrati som litt stivbent og firkantet på enkelte områder. Det oppleves som om kommunen trekker sine verdier om likhet og rettferdighet litt for langt. Kanskje er det riktig med noe spesialisering av tjenesteapparatet for de største brukergruppene, men det kan også være at kommunen må bremse de sterkeste interessegruppene for å sikre et system som gir likhet.

Flere fremhever at det er viktig å få fram uenighet, beskrive forventninger og *diskutere seg fram til felles mål*.

I konflikter der det er motsetning mellom grupper, er trikset mitt å få oppmerksomheten bort fra motsetningen mellom oss og over på brukeren. For

energien til fagfolk og i de frivillige organisasjonene er knyttet til målet med oppgaven. Det er så lett å bli fanget opp av økonomien og alle interessene vi skal ivareta i arbeidet med avtalen. Hvis vi kan dreie fokuset over på oppgaven eller brukerne, så bruker det å gå litt bedre. Det handler selyfølgelig om dialog, men det handler også om hva som er vitsen med samarbeidet og hva vi kan samles om (Rådmannsinstituttet).

Det våre respondenter var mest opptatt av når det gjaldt håndtering av uenighet, var å bygge opp gode relasjoner. En av de respondentene fra rådmannsinstituttet påpekte at kommunen ikke er god nok i å se mulighetene i samarbeid med brukerorganisasjonene: "Istedenfor å se på dem som kravstore og brysomme, bør man utfordre dem til å samarbeide for å finne gode løsninger for fremtidige tjenester." Videre ble det påpekt at samarbeid må ha en *merverdi* for alle parter, og denne merverdien må være utgangspunktet for samarbeidet. Ser man ikke merverdien kan samarbeidet avvikles.

Regelverket er til for å få et bedre samarbeid, ikke for å skape hinder. Kommunen kan oppleves som en bremsekloss. Det kan være fordi vi ikke er gode nok på å forklare hvorfor systemet er slik det er, gode nok til å skape forståelse for årsaken til at man handler som man gjør, og gi informasjon om hvilket handlingsrom man har. Eksempelvis setter taushetsplikten begrensninger for informasjonsutveksling i samarbeidet, jf. medieoppslag om kommunens vrangvilje i samarbeidet med selvhjelpsgrupper (Rådmannsinstituttet).

Møte mellom et byråkratisk system, ildsjeler og foregangsfolk krever at man jobber for å skape forståelse for hverandres væremåte og det oppdraget de er satt til å forvalte.

Å legge seg på en konfrontasjonslinje anses som lite formålstjenlig, i følge en av respondentene fra "Vårres" brukerstyrte senter (psykisk helse), men han viser samtidig til at medlemsmassen er delt på dette området. Når brobygging oppleves som en bedre linje enn konfrontasjonslinjen, antar vi at det har sin forklaring i erfaringene med samarbeidet.

Håndtering av verdiutfordringene skjer gjennom kommunikasjon og brobygging, gjennom å diskutere seg fram til felles målsetting, og gjennom profesjonalitet. Tydelighet og kompetanse er spesielt viktige i dialogen, likens respekt, likeverdighet, raushet og toleranse. For å kunne skape felles forståelse mellom partene, må man ha møteplasser.

... og det kunne etableres arenaer hvor man kan bli kjent med hverandre og skape felles forståelse av hverandres situasjon, bruke gode historier fra hverdagen som symboliserer utfordringer og løsninger, eller de kunne bruke metaforer for å illustrere hvordan samarbeid og arbeidsfordeling kunne vært (Kreftforeningen).

Dette utsagnet viser at organisasjonen fortsatt har et stort engasjement for sin sak, og ser muligheter for å skape møteplasser og arenaer for nye former for samarbeid og arbeidsfordeling.

Bolman og Deal (2009) viser at det kan være nyttig å betrakte organisasjoner fra ulike perspektiv når man skal velge strategier. Denne muligheten finnes også for håndtering av kulturforskjeller eller uenighet. For å finne ut av det kan det være nyttig å skifte perspektiv for å se både på forklaringsmuligheter og løsningsalternativer. Det symbolske perspektivet handler om betydningen av organisasjonskulturer, verdier og normer. Det er derfor nærliggende å ta utgangspunkt i dette for å forstå hverandres ståsted og reaksjoner, men det er ikke gitt at uenigheten utelukkende skyldes ulike verdier sjøl om det kan se slik ut i første omgang.

HR-perspektivet preget uttalelsene når våre respondenter snakket om håndtering av ulike verdier. En av våre respondenter hadde synspunkter på strukturer i samarbeidsforholdet, at brukerorganisasjonen i liten grad møtte direktørene når det skulle utarbeides avtaler eller planer – de møtte rådgivere. Når dette ble trukket fram, er det sannsynligvis fordi de ikke føler seg som likeverdige parter eller at de ikke blir gitt tilfredsstillende betydning.

I endrings- og utviklingsprosesser er det viktig å skape koblinger mellom interessenter og ledelsessystemet i organisasjonen. Busch m.fl. (2007) beskriver verdiutviklingsprosessen som skaper kobling mellom koalisjonssystemet og atferdssystemet i en organisasjon. Partene må diskutere seg fram til hvilke verdier og normer som skal være gjeldende i samarbeidet. Disse kan være formulert i både psykologiske og formelle kontrakter. Samtidig vil atferdssystemet svare tilbake med krav til justeringer, tilføyelser og slettinger av disse ønskede verdiene og normene. Det blir altså et møte mellom den reelle kulturen som er til stede, og den ønskede kulturen som formuleres i koalisjonen. Dersom det oppstår uenighet i en samarbeidsrelasjon, vil partene ta i bruk *virkemidlene* de har til disposisjon, for eksempel *maktkilder*, for å nå fram med sine argumenter. Flere av våre respondenter var inne på dette.

I utgangspunktet er det et "feigt lag", i og med at kommunen er en stor organisasjon med store ressurser og mye direkte makt, men brukerorganisasjonene viste også at de var seg bevisst de maktmidlene de rådde over og tok dem i bruk (Rådmannsinstituttet).

Brukerorganisasjonene har en viss bevissthetskontrollerende makt gjennom sine organisasjoner, og de har ulike fora hvor de kan utøve sin makt, eksempelvis i ulike råd i kommunen. En sterk maktkilde er muligheten til å påvirke kommunens omdømme gjennom media, arbeid gjennom sammenslutninger av interesseorganisasjoner og gjennom direktekontakt med politikere.

De ansatte i kommunen disponerer en mengde kilder til makt i form av informasjon og ekspertise, fortolkningsmakt over lover og regler, allianser og myndighet. Brukere på sin side har rett til tilgang til beslutningsarenaer både individuelt og som gruppe, men de har mindre kontroll over beslutningsprosessene.

Vi har vist til et sett av felles verdier som respekt, tillit, engasjement og kompetanse, som praktiseres hos alle organisasjonene. Noen verdier er mer utfordrende enn andre. Det kommer sterkest til uttrykk når byråkratiske verdier som rettigheter, likeverdighet og lik behandling møter brukerorganisasjonenes sterke engasjement for nettopp sin interessegruppe.

4.2 utfordringer knyttet til ulike interesser blant samarbeidspartnerne

Samarbeidspartnere kan ha ulike interesser og formål med samarbeidet, og de kan ha fellesinteresser. Noen ganger er interessene tydelige, andre ganger kan de være mer skjulte. Det er alltid en grunn for at den ene parten tar kontakt med den andre, og for at samarbeid i det hele tatt skal bli aktuelt må man finne ut om det er et potensial for samarbeid, dvs. om partene har en viss grad av felles interesser. Inngåelse av samarbeid krever et visst engasjement hos partene, og engasjementet styres av hvor sterke de felles interessene er.

En organisasjon kan ses som en samling *interessenter*, en koalisjon av skiftende interessegrupper som er koblet til en organisasjon. En slik måte å betrakte organisasjoner på skriver seg tilbake til Barnard (1938). Interessentene kan være løst koblet til organisasjonen i den forstand at interessen kan være mer eller mindre kortvarig. Interessentene kan hver for seg representere egne koalisjoner og være løst koblet opp mot flere organisasjoner. Interessen for samarbeid er med andre ord ikke nødvendigvis varig, men kan variere etter partenes skiftende behov.

Trondheim kommunen har satt opp samarbeid med frivillige lag og organisasjoner som et sentralt satsingsområde for årene som kommer. Brukerorganisasjonene på sin side ønsker å bli brukt mer og samarbeide tettere med kommunen. I et overordnet perspektiv er interessene derfor sammenfallende. Vårt materiale viser til hvilke interesser dette handler om på det utøvende nivå blant ansatte i kommunen, i rådmannsinstituttet og i brukerorganisasjonene ved hjelp av interessentanalyse og maktteori. Interessentanalysen kan være en god modell å benytte for å gå mer systematisk til verk i vurderingen av interessene til gruppene og hvilke strategier de tar i bruk for å bidra inn i samarbeidet og motta belønninger tilbake. Hver av partene kan ta i bruk ulike virkemidler eller maktkilder overfor hverandre. Vi vil analysere hvilke strategier eller maktformer kommunen og brukerorganisasjonene benytter seg av for å fremme sine interesser.

4.2.1 Interesser og utfordringer i samfunnsutvikling

Vi vil her beskrive hvilke interesser som våre respondenter har formidlet til oss.

Innledningsvis vil vi beskrive de utfordringene som samfunnet vårt står overfor i forhold til bærekraftig utvikling, og som i følge samhandlingsreformen framtvinger nye arbeidsformer og sterkere satsing på forebyggende helsearbeid (St.meld. 47, 14). Det er sårbare trekk i samfunnsutviklingen som både kommunen og frivillige må forholde seg til og sammen greie å

påvirke og endre. Bærekraftig utvikling kan være både en interesse og en verdi (Beck Jørgensen 2003), men vi velger å gruppere det som en interesse som kommunen og de frivillige forholder seg til innenfor sine egne organisasjoner og i fellesskap.

En bærekraftig utvikling er en utvikling som imøtekommer dagens behov uten å ødelegge mulighetene for at framtidige generasjoner skal få dekket sine behov (Brundtland-kommisjonen 1987). I dag er det 4.5 mennesker i produktiv alder for hver pensjonist. I 2030 vil over halvparten av befolkningen i små kommuner være over 67 år. Behandling, pleie og omsorg av eldre krevde 150.000 årsverk i 2005. Om 15 år vil det sannsynligvis kreve 210 000 årsverk (Hjorthol 2011). Det vil innebære at 2/3 av all nyutdannet ungdom må jobbe i helsevesenet. Det er ikke realistisk at så mange ungdommer vil velge å jobbe i helse- og omsorgssektoren, og det vil gå utover tilgangen til arbeidskraft på andre områder. Allerede i dag jobber hver sjette innvandrere i eldreomsorgen, og Norge kan ikke basere seg på å importere arbeidskraft for å dekke opp behovet. Andre virkemidler må utvikles, blant annet en større satsing på forebyggende arbeid, som skal bidra til hindre at barn, ungdom og voksne utvikler sykdommer som kreft, diabetes og psykiske lidelser. For å møte disse utfordringene gjennomfører regjeringen Samhandlingsreformen, som fokuserer på at flere oppgaver skal gjennomføres i kommunene og med mindre ressurser enn om oppgavene skulle bli utført ved sykehusene. Det skal videre samarbeides tettere med frivillige organisasjoner for å løse oppgavene.

Livsstilsykdommer som diabetes, kols, overvekt og psykiske lidelser øker i befolkningen og fører til fravær fra arbeidsliv, skole og utdanning og til økte behov for helsetjenester. I følge samhandlingsreformen skal ”kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlig pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON)” (St.meld.47, 15). Det påpekes videre at en tilrettelegging av tjenestetilbudet som medfører at sykdomsutviklingen hindres eller utsettes, er bra både for folks helse og for samfunnets økonomi. Behov bør identifiseres og tjenester settes inn så tidlig som mulig. Våre respondenter i kommunen og i de frivillige organisasjonene er samarbeidspartnere og aktører som sammen søker for å finne fram til fellesløsningene. Frivillige organisasjoner har gjennom vår studie formidlet at de ønsker å samarbeide med kommunen for å fremme god helse og forebygge sykdom i befolkningen. Kreftforeningen har formidlet at de har interesse av å utvikle aktiviteter for barn og unge, gjennomføre mestrings- og livsstilskurs, fremme de frivilliges rolle ved frisklivssentralene, likemannsarbeid og generelt frivillig arbeid.

utgangspunktet vårt er at vi taler på vegne av kreftrammede og deres familie, og sånn sett ikke bare om forebygging, men kreftomsorgsarbeid i hele sin bredde og forskning. Ut fra dette ville gjerne at Trondheim kommune gjorde mer, brukte oss mer, og at vi

hadde inngått et mye tettere samarbeid. Vi skulle ønske at kommunen hadde større fokus på kreftpasienten og pårørende som gruppe (Kreftforeningen).

Respondenten peker på en rekke områder der de ønsker å gå inn i et tett og forpliktende samarbeid med kommunen om det forebyggende arbeidet og i kreftomsorgen for hele befolkningen. Kommunen og brukerorganisasjonene har ulike roller i samfunnsutviklingen. I en interessentanalyse er det viktige å avdekke interessentenes interesser for at man skal kunne drøfte mulighetene og samle seg om mål som gagnar alle parter.

Kommunen har en lovpålagt oppgave som samfunnsutvikler både når det gjelder lokaldemokrati og tjenesteyting til innbyggerne. I dette ligger også en plikt og interesse av at innbyggernes helse blir godt ivaretatt på det forebyggende området og i forhold til behandling og omsorg. Som vi var inne på i forrige kapittel er samarbeid mellom kommune og frivillige en verdi i seg sjøl, men partene har også egne interesser i dette samarbeid. Et godt forebyggende arbeid vil for eksempel føre til at befolkningen får bedre helse, som bl.a. vil ha positive virkninger i samfunnet ved at ungdom gjennomfører videregående skole og kvalifiserer seg for arbeidslivet, og at sykefraværet i norsk arbeidsliv reduseres. Kommunen gir uttrykk for at de ønsker å forebygge helseproblemer, at folk skal klare seg mest mulig selv, ha et godt liv og engasjere seg i samfunnet. Det er også av økonomisk interesse at folkehelse bedres i et kortsiktig og langsiktig perspektiv.

Det som gagnar folket, gagnar kommunen! Samarbeid med frivillige har en gevinst i seg sjøl. Dette får folk det bedre av. [...] Hvis det skal være et samarbeid, må det være en merverdi i det for alle parter. Samarbeidet må gi energi (Rådmannsinstituttet).

Merverdien i samarbeidet på dette området kan ligge i å mobilisere til større engasjement for samfunnsutvikling og forebyggende helsearbeid, flere frivillige eller tjenesteutvikling.

Brukerorganisasjonene er samfunnsaktører som interessegrupper og vaktbikkjer. De representerer medlemmene og vil fremme deres interesser. I forhold til forebyggende arbeid er dette grupper som har direkte interesse ved at de har en helsetilstand som ofte innebærer spesielle behov for forebyggende helsearbeid. De har interesser som målgrupper for virksomheten siden deres medlemmer kjenner konsekvensene av forebyggende tiltak på kroppen. De har i egen regi et omfattende tilbud til sine medlemmer i form av informasjon, rådgivning, kursvirksomhet og gruppetilbud, og noe av det er også åpent for helsepersonell. De ønsker å samarbeide med kommunen slik at tilbudene blir bedre.

Det er i alles interesse at innbyggerne viser engasjement og har ønske om innflytelse over utvikling av lokalsamfunnet. Engasjement er viktig av demokratiske hensyn, men også fordi det er godt for helsa, som en respondent fra rådmannsinstituttet sa det. For at kommunen skal kunne legge til rette for forebyggende helsearbeid, må de vite noe om behov. Noe av behovet

kan leses av forskning og statistikk om sykdomsutvikling og levekår, men befolkningens opplevde behov kommer ikke fram i slike sammenhenger. Så lenge de som berøres av arbeidet ikke opplever at tjenestene fungerer tilfredsstillende vil de fortsette å arbeide for å fremme sine interesser. De som opplever behovet på kroppen sitter med en kunnskap som er nødvendig for at tiltakene skal ha den ønskelige effekten. Det gjelder ikke bare brukerorganisasjoner som representerer mennesker som allerede har fått en diagnose, men også andre frivillige lag og organisasjoner som kan ta lokalsamfunnet på pulsen og som kan observere framveksten av uheldige miljø, levevaner eller levekår med fare for folkehelse.

Barn og unge er alle sitt ansvar, og kan ikke overlates til offentlige etater alene. De frivillige organisasjonene kjenner sitt lokalmiljø, treffer presist og setter i gang gode tiltak. De har spesialkompetanse på nærmiljø (Barne- og familietjenesten).

Frivillige lag og organisasjoner har tradisjonelt spilt en viktig rolle i forbedring av folkehelse, både som innovatører, pressgrupper og vaktbikkjer.

Interessegruppene og innovatørene kommer med sine innspill fordi de opplever hull og mangler i det kommunale systemet, og der de har opplevd at det er behov for tiltak. De kritiserer kommunen, og det kan oppleves som provoserende, men det er som oftest svært velbegrunnet. Vi har flere eksempler på at frivillige har organisert gode velferdsordninger som det var behov for, jfr. den gang Sanitetskvinnene startet med å bygge opp helsestasjoner for 100 år siden (Rådmannsinstituttet).

De frivillige har lang tradisjon på å utvikle velferdsstaten. Vi har eksempler på at tiltak som ble iverksatt av frivillige, i dag er innarbeidet som et velferdstilbud drevet av det offentlige.

Rekruttering av frivillige ble nevnt som en felles interesse og utfordring både for brukerorganisasjoner og kommunale respondenter. Flere kommunale enheter har en stor kontaktflate opp mot deler av befolkningen, noe brukerorganisasjonene ønsker å dra nytte av for å nå ut med informasjon om sine organisasjoner og det arbeidet de driver med. Kreftforeningen ønsket en felles kampanje for å rekruttere frivillige. Kommunen har også interesse av å rekruttere flere frivillige. Infosenteret for seniorer er en tjeneste i kommunen som har svært bred kontaktflate ut mot den eldre delen av befolkningen i og med at de driver med forebyggende informasjonsvirksomhet til eldre, for eksempel forebyggende hjemmebesøk til alle 80-åringer som ønsker besøk. De har avdekket mangelfull informasjon blant eldre om hvordan man kan melde seg som frivillig og sier at det er mange som ønsker å yte frivillig arbeid, men som ikke føler tilhørighet til noen bestemt organisasjon. De eldre signaliserer at de kan mye og spør Infosenteret om de vet noe sted det er bruk for dem. Infosenteret sier de har en rolle som brobyggere mellom eldre og frivillige lag og organisasjoner.

Når partene har felles interesser er veien til samarbeid relativt grei, men noen ganger er interessene i strid med hverandre, og vi vil se nærmere på hvilke *virkemidler* partene da tar i bruk, eller kan ta i bruk for å fremme sine interesser. Virkemidler handler om en eller annen form for maktbruk som kan utøves direkte for eksempel gjennom vedtak og beslutningsprosesser eller indirekte gjennom symboler, institusjoner og sosiale strukturer. Makten er ulikt fordelt i samfunnet både gjennom organisasjonens posisjon i samfunnet, medlemsmasse og ressursfordeling. ”I utgangspunktet er det et ”feigt lag”, som barna sier, i og med at kommunen er en stor organisasjon med store ressurser og mye direkte makt” (Rådmannsinstituttet).

Både brukerorganisasjoner og kommunen har myndighet til å bestemme om de vil inngå i et samarbeid (direkte makt), og hva man bestemmer seg for avhenger av partenes interesser for saken. Makt handler om avhengighetsforhold, og som brukere av tjenestene er de i stor grad i et avhengighetsforhold til kommunen for få dekket sine behov, men her er det viktig å være oppmerksomme på at brukerorganisasjonenes representanter ikke er i samme avhengighetsforhold som den enkelte bruker, og de kan derfor ta i bruk maktkilder mer fritt enn det brukeren kan individuelt som tjenestemottaker.

Som vi var inne på i forrige kapittel opplevde Diabetesforbundet at det ble mye møter og prat, men lite handling, og de så for seg at årsaken lå i det omstendelige systemet der saken måtte gjennom mange ledd før den ble vedtatt og forsvant et sted på veien. Det er mange aktører i en stor organisasjon som en kommune, og flere jo større kommunen er. I den ansattes møte med brukerorganisasjonen og i etterkant av møtet, vil det skje en bearbeiding av saken for å avgjøre om den skal føres videre, og hvordan. Busch m.fl. (2007) beskriver hva som skjer med saker alt etter hvilken maktform som tas i bruk. Saken kan stoppe opp før den legges fram, slik Diabetesforbundet beskrev, den kan svekkes gjennom problembeskrivelsen og i selve beslutningsprosessen, og den kan stoppe opp i implementeringsfasen. I en situasjon som dette er det særlig indirekte makt og bevissthetskontrollerende makt som gjør seg gjeldende. De ansatte disponerer en mengde kilder til makt i form av informasjon og ekspertise, og fortolkningsmakt over lover og regler. Dette vil virke inn på problembeskrivelsen og utredninger i eventuelle saksframlegg. Bygging av allianser og nettverk vil forsterke saken, og saksbehandlers myndighet i form av sin posisjon eller ekspertise kan være avgjørende for hva som skjer videre i saken. Maktkildene brukes ikke bare overfor eksterne potensielle samarbeidspartnere, men også internt overfor de ulike interessentene i egen organisasjon. Eksempelvis må interessen for forebyggende helsearbeid avveies opp mot interessen for medisinsk behandling og pleie, og fortolkningsmakt eller faglig argumentasjon blir avgjørende for om saken har gjennomslagskraft. Dersom den ansatte som møter har ekspertise på området og samtidig fortolker dette som relevant til et interesseområde som har en sterk posisjon i kommunen, vil initiativet til brukerorganisasjonen ha større sjanser til å komme fram til politisk beslutning. Kreftforeningen mente det var uheldig at de stort sett bare møtte

rådgivere og ikke direktører i slike diskusjoner. Direktører har større direkte makt og en myndighet som rådgivere ikke har. På den andre siden kan rådgivere ha stor grad av bevissthetskontrollerende makt gjennom ekspertise og fortolkningsmakt.

Kreftforeningen fortalte at de har hatt samarbeidsavtale med kommunen i flere år, men at det har vært ”en død avtale”. Den var for lite forpliktende for alle parter. En uforpliktende avtale kan ikke brukes som maktkilde av noen av aktørene, men den kan ha hatt sin verdi i form av gode intensjoner og symbolverdi. Dette kan være en indikasjon på at partenes interesser ikke er tilstrekkelig synliggjort og forankret i avtalen.

Brukerorganisasjonene disponerer også over maktkilder. Dersom saken kommer til politisk behandling vil organisasjonene kunne ha en viss indirekte makt gjennom innflytelse i beslutningsprosessen gjennom Kommunalt råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne (KFU) eller Eldrerådet som er formelle høringsinstans i politiske prosesser. Dette vil imidlertid kreve godt samarbeid på tvers av organisasjonene siden det ikke er alle som er representert i disse rådene og dette er derfor ikke en sterk maktkilde. Ingen av våre respondenter nevnte denne muligheten. Men politiske prosesser gir også rom for indirekte makt og bevissthetskontrollerende makt gjennom lobbyvirksomhet. Dette kan være avgjørende for om en sak kommer på dagsorden eller ikke, noe Diabetesforeningen viste gode eksempler på. De brukte bevisst denne muligheten for å påskynde saker som stoppet opp i byråkratiet, både i lokalpolitikken og på nasjonalt nivå.

Bevissthetskontrollerende makt er kanskje den sterkeste maktformen for brukerorganisasjonene. Det handler om å påvirke hvordan folk oppfatter virkeligheten, med maktkilder som renommé og fortolkningsmakt gjennom debatter og oppslag i media. Kreftforeningen har for eksempel tatt i bruk dette for å rette oppmerksomheten mot sine saker gjennom ulike kampanjer i februar 2012; brystkreftopererte som aksjonerte foran Stortinget, fortvilte pasienter i Trondheim som måtte dra til Oslo for å bli undersøkt pga. manglende PET-scannere ved St.Olavs Hospital og lansering av tilskuddsordninger for kreftkoordinatorer i kommunen (mer om det senere).

Interessentene har særinteresser og felles interesser. En analyse av interessene til de ulike aktørene er en forutsetning for å skape forståelse og engasjement for fellesløsningene. Aktørene har ulike roller i samfunnsutviklingen, og de bruker ulike typer makt for å fremme sine interesser.

4.2.2 Særinteresser og felles interesser i utvikling av tjenestetilbudet

Alle brukerorganisasjoner er opptatt av å ivareta interessene til medlemmene sine. Det er deres grunnleggende ide eller misjon. Våre respondenter representerer ulike målgrupper eller pasientgrupper, og de formidler at de er genuint opptatt av at kommunen ivaretar deres særinteresser.

Ingen av våre respondenter tar til orde for at frivillige lag og organisasjoner burde ta mer ansvar for de kommunale tjenestene. Heller ikke de kommunale respondentene trakk fram dette som et tema. Ett eksempel ble nevnt fra Kreftforeningen på tilbud som egentlig burde være et offentlig ansvar, som var en samtalegruppe. Interessen for å utvikle tjenester var derfor relatert til samarbeid om forebyggende helsearbeid og mulighetene som ligger i å utvikle *bedre tjenester* gjennom et tettere samarbeid. *Hva* som er en bedre tjeneste eller hva som er den beste måten å organisere tjenestene på kan det være ulike meninger om.

Kreftforeningen og Diabetesforbundet ønsker spesielle ordninger for å ivareta sine målgruppers spesielle behandlingstilbud. Organisasjonen har fått gjennomslag for sine ideer i andre kommuner, men ikke i Trondheim kommune, sier Kreftforeningen. Kommunene har i liten grad målgruppeorganisering, men organiserer seg i forhold til tjenester som tildeles etter individuelle behov. Organisasjonene har forståelse for kommunens organisering, men de holder likevel fast ved sin ide om særlige stillinger øremerket målgruppen.

At brukerorganisasjonenes særinteresser står i fokus hos dem, er naturlig. De er organisert etter diagnose, og omtales også som pasientorganisasjoner, men vi er likevel overrasket over hvor sterkt dette kommer til uttrykk. Tradisjonelt er det ikke forventet av kommunene at de skal være spesialister på diagnose – det hører spesialisthelsetjenesten til. Kommunen skal i utgangspunktet gi medisinsk behandling på generalistnivå og bistand til å mestre hverdagen. ”Vårres” brukerstyrte senter(psykisk helse) har ikke samme diagnosefokus som de to andre, men er mer opptatt av hverdagen til folk og de utfordringene de møter der, og de poengterer at det er viktig å se helheten: ”Det blir mye behandling og institusjonstenkning, mens de største gruppene lever sitt liv i hverdag og jobb, men det er tungpsykiatrien som står i fokuset.”

Når diagnosefokus er så sterkt hos Kreftforeningen og Diabetesforbundet kan det handle om utviklingen siste tiden i kjølevannet av samhandlingsreformen og ansvarsforskyvningen fra spesialisthelsetjeneste til kommunehelsetjeneste. Det kan også handle om at disse forbundene er så store at det er pasientgrunnlag nok til å etablere særtiltak, mens de brukergruppene som ”Vårres” brukerstyrte senter(psykisk helse) representerer er mer sammensatte og ulike.

Vår studie viser at brukerorganisasjonene benytter anledningen til å fremme interessen til sine medlemmer i direkte samhandling med helsepersonell i kommunen og gjennom politiske kanaler, både indirekte makt og bevissthetskontrollerende makt. De har påpekt at de ansatte har for lite kompetanse på deres område, som de som organisasjon har spesialkompetanse på. Vi har et mangfold av interesseorganisasjoner i samfunnet, som vil fremme spesialtilbud for sin brukergruppe, mens kommunen har ansvaret for å ivareta alle brukergrupper enten de har sterke brukerorganisasjoner bak seg eller ikke. Blant våre respondenter kom det fram en viss forståelse for kommunens rolle, men de opplever at Trondheim kommune ikke er åpen nok for spesialisering av tjenestetilbudet.

”- i spesialisthelsetjenesten har vi har et nettverkssamarbeid over år i forbindelse med R4-modellen som nå heter kompetansenettverk for kreftomsorg og lindrende behandling, og hvor svært mange kommuner er med. Der oppfatter jeg at Trondheim kommune er relativt usynlig. Det er en arena hvor Kreftforeninga møter fotfolket (kreftsykepleiere). Dette handler om kompetanseutvikling. Kristiansund kommune er for eksempel kjempeaktiv, men Trondheim kommune oppfattes som ganske steil – man skal ikke ha kreftsykepleiere fordi det skal ivaretas av alle. Kristiansund har for eksempel hospiteringsordninger hvor vanlige sykepleiere hospiterer og blir litt kjent med kreftområdet. En sånn type tilnærming ønsker vi også i Trondheim. Vi ønsker en link inn til et faglig fellesskap. Det er et savn som jeg har i forhold til nettverkssamarbeid. Og kommunens rolle der også” (Kreftforeningen).

Dette handler både om bruk av maktkilder som allianser og nettverk, og om fortolkningsmakt for å påvirke meningsdannelse og symboler, eller framstilling av saker i et bestemt lys. Som nevnt foran hadde Kreftforeningen flere aksjoner i februar måned, og de brukte media for å fremheve kommuner som hadde etablert de ordningene de ønsket, og de tok også i bruk sterke symboler i form av personlige historier. Dette er i utgangspunktet helt legitimt, så lenge det ikke går på bekostning av andre med like stort eller større behov. Betenkeligheten ligger i at aksjonsformene skaper sterke følelser og derfor er så sterkt meningsdannende at offentlige myndigheter lar seg presse til å gjøre omprioriteringer som går på bekostning av svakere gruppers interesser.

Kommunen har i utgangspunktet større makt enn brukerorganisasjonene, og særlig gjelder det den direkte formen for makt som kommer av formell posisjon i beslutningsprosesser, men når det gjelder nettverkssamarbeid kan ikke kommunen ta i bruk formell makt overfor samarbeidspartnerne. En av de respondentene i rådmannsinstuttet påpeker at det blir en kulturendring å samarbeide med frivillige lag og organisasjoner når man ikke rår over de vanlige virkemidler som sanksjoner, kommandomuligheter og andre virkemidler som man er vant til å ta i bruk. Dersom man ønsker samarbeid med slike organisasjoner må man etter vår vurdering ta i bruk andre virkemidler eller maktkilder som bygging av allianser og nettverk, informasjon og fortolkningsmakt.

Makt handler som nevnt om avhengighetsforhold, og kontroll over belønninger er en maktkilde (Busch og Vanebo 2003; Bolman og Deal 2009). Det kan handle om at den ene organisasjonen har disposisjonsrett over noe som den andre organisasjonen trenger for å nå egne mål, og dermed kommer organisasjonen i et avhengighetsforhold til interessenten. Brukerorganisasjoner kan for eksempel søke tilskudd fra kommunen. At kommunene kan søke tilskudd fra brukerorganisasjonene, er relativt nytt, men denne muligheten fikk vi illustrert da Kreftforeninga i en pressekonferanse 25. januar 2012 offentliggjorde en ny ordning der de inviterte kommunene til å søke på midler til delfinansiering av en kreftkoordinatorstilling i kommunene. Dette var en ny strategi fra å påvirke kommunene til å tilsette kreftsykepleiere. Situasjonen ble dermed snudd 180 grader slik at kommunen denne gangen må søke brukerorganisasjonen om delfinansiering en slik stilling. Det utlyses 30

millioner i 2012, og organisasjonen har planer om å gi støtte tilkoordinatorstillinger i kommunene i tre til fire år. Organisasjonen dekker 75 prosent av lønnskostnadene, det resterende må kommunene dekke selv.

I dette eksempelet blir flere maktkilder brukt samtidig, posisjonsmakt som pasientenes talerør, kontroll over belønninger i form av tilskudd, kontroll over agendaen og argumentasjonsmakt med bred bruk av sterk symbolikk i media (meningsdannelse og symbolbruk). Bare de sterkeste brukerorganisasjonene kan bruke økonomiske incentiver for å nå fram med sine særinteresser overfor kommunene. Når kommunene har dårlig økonomi, vil dette være en ordning som vi antar vil få tilslutning og som kan føre til bedre forebyggende arbeid mot sykdommen og til bedre omsorg og behandling i kommunene for denne pasientgruppen. Organisasjonen har satt seg i førersetet i denne saken og bruker den direkte makten som ligger i å fatte beslutninger om tildeling av midler for å ivareta sine interesser (Christensen og Daugaard Jensen 2001). Den kraften er massiv for å fremme sin interesse, og som andre interessenter kan ha vanskelig for å være kritisk til det eller gå imot. Den ordningen de går inn for er kun gjennomførbar for de aller største diagnosegruppene, og vil derfor føre til at tilbudet blir forskjellig alt etter hvilken diagnose pasienten har. I tillegg kommer utfordringer knyttet til at en økt spesialisering gir økte utfordringer når det gjelder koordinering siden det blir flere parallelle ordninger.

Kompetanse er en sterk interesse hos alle parter, men også en verdi, som vi omtalte i forrige kapittel. Brukerorganisasjonene har kompetanse som kommunen selv ikke har, eller kan ha, men som er viktig for å utvikle tjenester av god kvalitet. En respondent viser til et eksempel med selvhjelpsgrupper:

... så er det klart at kompetansen de hadde utviklet før de gikk inn i samarbeid med det offentlige er en kompetanse som ingen kommune besitter. For å unngå konflikter er det viktig å avklare forventninger til hverandre (Rådmannsinstituttet).

Dette viser at brukerorganisasjonene ønsker å bidra i kompetanse- og tjenesteutvikling. Her er det med andre ord felles interesser, men likevel er det en utfordring å komme til handling (samhandling).

Lokale organisasjoner har et stort spekter av tilbud, og møter i enkelte situasjoner personer som har problemer på ett eller annet område og som de frivillige ikke har kompetanse til å håndtere alene. I slike situasjoner er det viktig å bidra til at den det gjelder får nødvendig hjelp, men kommunen kan ikke dele helseinformasjon med frivillige lag og organisasjoner uten videre. Respondenten fra barne- og familietjenesten hadde erfaring med at frivillige organisasjoner ber om informasjon som kommunen ikke kan gi uten videre fordi informasjonen er taushetsbelagt. For å dele informasjon må kommunen følge bestemte regler og innhente samtykke fra den det gjelder. Et annet eksempel gjaldt utveksling av informasjon

om potensielle deltakere i selvhjelpsgrupper, dvs. personer med en bestemt form for behov, diagnose eller problem.

Vi har lignende erfaringer fra selvhjelpsgrupper hvor vi har sett at gründere kan gå langt og oppnå mye, og i dét kommunen kommer inn som et organ og begynner å lage struktur kan det oppleves som en bremsekloss fordi vi ikke er gode nok til å forklare hvorfor systemet er som det er. Samtykke er for eksempel nødvendig fra en bruker før vi kan formidle kontakt med en brukerorganisasjons tilbud. (Rådmannsinstituttet)

Det finnes løsninger på slike utfordringer. Løsningen ligger ikke i å ”ta lett på” taushetsplikten, men å innhente samtykke på en forsvarlig måte. ”Vårres” brukerstyrte senter viste for eksempel til at det er forskjell på fastleger og sykehusleger når det gjaldt henvisning til tilbud i brukerorganisasjonene. En mulig forklaring på dette er etter vår mening at sykehuslegene i større grad er vant til samarbeid med brukerorganisasjonene gjennom ti års erfaring med lærings- og mestringssenter, og at de i større grad enn fastlegene har vært med i utvikling av disse tilbudene.

Økonomi er vesentlige faktor for de fleste interessentene. Noen av organisasjonene har god økonomi og er økonomisk uavhengig av tildeling fra kommunen, mens andre er avhengig av tilskudd for å sette i verk tiltak. Kommunen tildeler hvert år tilskudd til frivillige lag og organisasjoner. Rammene og fordelingen skjer i forbindelse med arbeidet med det årlige budsjettet. Ingen av brukerorganisasjonene nevnte imidlertid kommunale tilskudd som et tema, men en av de kommunale respondentene mente at det var en utfordring å forholde seg til forventningene eller interessene fra samarbeidspartnerne i forhold til kommunale tilskudd. Kommunen har visse regler å styre etter, som organisasjonen syntes ble for byråkratisk. De ville få midlene og sette i gang med det de hadde sett som behov og planlagt.

Utfordringene i samarbeidet har vært på økonomisida. Gjennom UngHiT (Ungdomsundersøkelsen i Trondheim, vår anmerkning) skal lagene komme med forslag til forebyggende ting for barn og unge. Da søker de på tilskudd. Viljen var preget av raushet til samarbeid. Når vi går ut med mulighet for å søke, da oppfattes det som vilje til å gjøre noe. [...] Det var utfordrende å stå imot presset og fighte dette. Det var en vilje til å strekke ut ei hånd. Nå opplevde de en viss skuffelse. [...]Hører ikke noe i dag (Barne- og familietjenesten).

To andre nevnte betydningen av kommunal støtte i form av å stille lokaler til disposisjon for frivillige lag og organisasjoner.

Kommunens interesse for samarbeid med frivillige er i liten grad styrt av økonomiske interesser i følge uttalelse fra rådmannsinstituttet. Fokuset er rettet mot en felles interesse for å bidra til bedre helse for byens innbyggere. Det er ikke tenkt å overføre ansvar for oppgaver til frivillige lag og organisasjoner, men tilbudet deres skal komme som et supplement til det offentlige tilbudet.

4.2.3 Påvirkning og innflytelse

Brukerorganisasjonene er alle interessert i å påvirke og ha innflytelse på utviklingen av kommunen som tjenesteprodusent. Begrepet er beslektet med brukervedvirkning, som vi omtalte som en verdi i forrige kapittel, men innflytelse innebærer et sterkt ønske og vilje for å få større gjennomslag for sine ideer på områder som kan ligge utenfor målgruppens interesseområde. Kreftforeningen uttrykker i tillegg at de i større grad ønsker å bli invitert inn for å delta i de *strategiske* prosesser i kommunen. De vil inviteres tidlig inn i prosessen for å få mer direkte innflytelse i beslutningsprosessene. Dette tolker vi som et ønske om mer direkte makt (Christensen og Daugaard Jensen 2001).

Brukernes rettigheter blir stadig utvidet, og kommunen opplever ikke å få tilstrekkelige rammer for å innfri forventningene. Forventningene kan være rimelig hver for seg, men til sammen ligger de på et nivå som samfunnet vanskelig kan innfri. Helsesektoren er inne i en utvikling som i følge St.meld. 47 – samhandlingsreformen – ikke er bærekraftig. En sterkere satsing på forebygging er nødvendig for å opprettholde tjenestekvaliteten. De frivillige organisasjonene ønsker å bidra, og et tettere samarbeid kan bidra til å skape forståelse for hverandres muligheter og begrensninger.

Kommunens strategiske arbeid er knyttet til kommuneplanens samfunnsdel og arealdel, kommunedelplaner og de årlige prosesser som er knyttet til handlingsdel og økonomiplan. Eldrerådet i kommunen, Mangfoldsrådet, Ungdommens bystyre og Kommunalt råd for mennesker med funksjonsnedsettelse har formelt et ansvar for å ivareta brukere/borgere i beslutningsprosesser i kommunen, og er en høringsinstans i alt planarbeid (kommunedelplaner og temaplaner). De har en rådgivende funksjon og altså ingen direkte makt, men kan påvirke gjennom meningsdannelse, informasjon og alliansebygging.

Kommunalt råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne (KFU) er et samarbeids- og rådgivende organ for kommunen i saker som angår funksjonshemmedes behov og interesser. KFU holder seg løpende orientert om aktuelle saker for funksjonshemmede som er under arbeid i kommunen. Kommunens enheter skal samarbeide med rådet i slike saker. I prinsipielle saker skal KFU uttale seg allerede på et forebyggende stadium (Trondheim.kommune.no/kfu).

Utfordringen knyttet til slike utvalg er at det bare er noen få organisasjoner som er representert og at samarbeidet mellom organisasjonene kan variere. Det er derfor ikke gitt at en brukerorganisasjon når gjennom med sine synspunkter via disse utvalgene. Høringsutkast i større saker annonseres i tillegg i aviser og på kommunens nettsider. Dette gir ingen garanti for at organisasjonene blir oppmerksomme og melder sin interesse for å medvirke i prosessen.

I disse medvirkningsprosessene avklares forventninger til hverandre. Når kommunen må følge sin forvaltningsmessige praksis, viser flere av våre respondenter til at organisasjonene synes

det tar for lang tid før tiltak settes i verk (se tidligere sitater). Våre respondenter har ikke deltatt i planprosessene som er gjennomført i Trondheim kommune. Det kan være at de ikke hadde anledning til å delta, enten fordi de ikke har fått med seg annonseringen om høring eller fordi det er andre organisasjoner som sitter i utvalgene og som skal representere dem. Det kan også være at de heller vil bruke andre påvirkningsvirkemidler enn medvirkningsmulighetene som ligger i det byråkratiske systemet.

Respondenten beskriver maktbruk både fra kommunens side og fra organisasjonenes side. Kommunen kan trenere et forslag, en løsning eller en sak som bare kommunen kan avklare, ved å benytte sin posisjonsmakt. Brukerorganisasjonen oppnår ikke mer enn det kommunens representanter medvirker til. De sitter som oftest med *tilgang til og kontroll over agendaen*. Problemet som brukerorganisasjonen presenterer kan være stort og vanskelig. Det er ingen oppskrift på hvordan man skal gå fram for å løse problemet, målet kan være uklart og det er ikke sikkert at flere andre organisasjoner er opptatt av det samme målet. På den måten kan problemet flyte rundt i organisasjonen uten at kommer til noen løsning, jamfør ”Garbage Can”-modellen (March og Olsen 1979).

Eksempelet fra Kreftforeningen og sitatet fra Diabetesforbundet nedenfor, viser at de kan være med å påvirke agendaen ved å ta i bruk indirekte makt og bevissthetskontrollerende makt i form av økonomiske incentiver og kampanjer i media. Brukerorganisasjonene kan også benytte andre former for maktstrategier i form av allianser og nettverk til å få folkets øverste tillitsvalgte i Storting i tale for å nå sine mål.

Jeg har vært på Stortinget og snakket med folk der, og jeg vil si at et er enklere å komme til en dialog der enn med de som sitter i fylkeskommunene eller kommunene. I kommunene er de jo ansatte. [...] Jeg vet ikke hvor mange det er som jobber som frivillige, men det er mange. Nesten alle har en fot innenfor. Og det er som regel der (i Stortinget, vår anmerkning) makta sitter, der lover blir bestemt, og det er de som pålegger kommunene endringer. Da blir det mer handling. Trondheim kommune har jo vært åpen for dialog, og inviterer til å ta opp ting, mens andre kommuner er det umulig å komme inn til (Diabetesforbundet).

Medlemsmassene i brukerorganisasjonene er stor og de har et bredt nettverk både lokalt og sentralt. Allianser- og nettverksbygging er sentrale maktkilder for dem. De strategiene som benyttes fra kommunens side kan være direkte makt som for eksempel å ikke føre en sak fram til beslutning fordi forslaget kanskje ikke er ønsket, eller fordi det kan være vanskelig å gjennomføre organisatorisk eller ressursmessig, men som Diabetesforbundet sier, så kan de påvirke sentrale myndigheter til å pålegge kommunen endringer.

Som tidligere nevnt er det en viss forståelse blant frivillige lag og organisasjoner for at kommunen må følge de forvaltningsmessige prosesser, men det er også utålmodighet og

frustrasjon, blant annet over at saker tar så lang tid. Vår respondent fra Barne- og familietjenesten sier at selv om de gjorde rede for hvordan prosessen skulle foregå i forhold til å søke penger til et tiltak, så ga organisasjonene opp etter hvert når dette tok tid. De ble oppgitt over ”kommunen”. I og med at de trekker seg ut av samarbeidet, kan det se ut som om de ikke tar i bruk maktkilder, men kommunens renommé kan bli svekket. ”Muligheter og påvirkningsmakt tilflyter mennesker med et solid renommé” (Bolman og Deal 2009, 136), så til syvende og sist bidrar dette til å svekke kommunen. Tillit er vesentlig faktor for at samhandling skal fungere. Tillit kommer ikke av seg selv, men bygges opp gjennom et samarbeid om ulike aktiviteter. Siden interessentene er likestilte i samhandlingen, har ingen mulighet for å tvinge andre deltagere til å delta eller å gjennomføre det som tidligere er avtalt. Det er derfor fullt mulig for en interessent til å bryte ut dersom vedkommende ikke får gjennomslag for sine interesser ved å delta.

Brukerorganisasjonene har en viktig *rolle som vaktbikkje og talerør for pasienter*. I følge Murdock (2010) har en del frivillige organisasjoner et iboende mål å påvirke en mer eller mindre uvillig offentlig sektor med dens mangler. Brukerorganisasjoner er eksempler på slike organisasjoner. Denne påvirkningen kan ta ulike former; de kan være i besittelse av noe som det offentlige trenger og som kan brukes for å få til endringer i offentlig sektor, de kan ha økonomiske ressurser som det offentlige ønsker en del av, eller de kan ha tilgang på store medlemsmasser og kanskje også celebriteter som kan øve innflytelse på offentlig sektor. Dette stemmer godt med våre funn. Et eksempel fra offentligheten på bruk av økonomiske virkemidler overfor kommunen, er Kreftforeningen som lover kommunene ressurser dersom de oppretter stillinger for kreftsykepleiere.

Brukerorganisasjonene har altså interesse både av å samarbeide og av å bevare en fri og uavhengig rolle overfor kommunen. Dette kan være utfordrende for begge parter:

- dette med demokrati. For det er klart at det er et lite paradoks for oss når vi skal samarbeide med Trondheim kommune [...] – hvor tett skal det samarbeidet være? Det handler om vår frie rolle som vaktbikkje. For hvis det blir oppfattet slik at vi går i tospann med Trondheim kommune i ett og alt, så er det ikke sikkert at det er positivt demokratisk sett. Vi skal ha en fri rolle, og det er viktig å reflektere litt rundt det. Og så tenker jeg – hvilket partnerskap er det vi snakker om? Er det et strategisk partnerskap hvor vi er litt inn på kommuneplanens samfunnsdel, eller er vi i et operativt partnerskap kun på tiltak? Dette er det viktig å finne ut av så det ikke går ut over legitimiteten for begge parter. For vi må i neste omgang kunne refse dere også i enkeltsaker. [...] Som eksempel på dette med vaktbikkjerollen, så går vi nå sammen med pasientombudet om en klagesak mot en klinikk på NN sykehus. I neste runde kan det da være at vi møter dere sammen med pasientombudet som vaktbikkje samtidig med at vi har en samarbeidsavtale. Det må vi klare å håndtere, og det tror jeg vi er i stand til å håndtere selv om det kan bli litt utfordrende. Slik er det også med NN sykehus hvor vi har et senter som samarbeidsprosjekt samtidig med at vi har en alvorlig klagesak på gang sammen med ombudet (Kreftforeningen).

Balansering av roller kan være en utfordring, men denne balansegangen er nødvendig. I sin kjerne er organisasjonene ulike og skal være det. Den ene organisasjonen representerer tjenesteprodusentenes interesser og den andre representerer tjenestemottakernes interesser, og det er viktig at begge parter får arbeide fritt for å fremme sine interesser. Samtidig er det viktig å minne om at begge parter har en felles interesse av at borgerne skal ha gode tjenester, og ønsket om samarbeid kommer ut fra en erkjennelse av at begge parter har gode bidrag for å nå dette målet. Balansering av roller kan også være vanskelig på andre områder, for eksempel når en og samme person kan ha en fot i hver leir – ansatt i kommunen og samtidig medlem i en frivillig organisasjon. En av de kommunale respondentene beskriver dilemma knyttet til at hun har flere roller eller oppgaver i kommunen samtidig med at hun er aktiv i en idrettsorganisasjon.

En kan møte seg selv i døra, og det kan bli utydelig for de som skal samarbeide hvilken hatt som er på når man svarer. Jeg har møtt dette i et stort arrangement for 500 frivillige (Frisklivssentralen).

Balansering av roller handler om profesjonalitet. Det er viktig å være tydelig på hverandres handlingsrom og interesser man har i slike situasjoner. Begge parter har interesse av å verne om sine verdier, omdømme og legitimitet som samfunnsaktør, og bruk av maktkilder blir veid opp mot hva som tjener samarbeidet og den enkelte interessent best.

Organisasjonene besitter kunnskap som offentlig sektor ikke har, noen av dem er økonomisk sterk, og av og til må kommunen samarbeide med dem for å få utløst prosjektmidler, og ikke minst – de har store medlemsmasser med stor innflytelse på kommunens omdømme, og de er lokale og sentrale politiske aktører som kan påvirke byråkratiet og tjenesteapparatet gjennom politiske prosesser.

4.2.4 utfordringer knyttet til håndtering av ulike interesser

Det vil være skiftende grader av harmoni og konflikt mellom interessentene i et nettverk med flere brukerorganisasjoner og flere representanter fra mangfoldet av kommunale tjenesteområder. Målkonflikter kan oppstå, men vårt studium viser også at det er stor grad av felles interesser når det gjelder forebyggende arbeid, og det burde derfor være et stort potensial når det gjelder muligheter for å diskutere seg fram til felles mål. Flere av respondentene påpeker på årsaken til at det oppstår problemer i et samarbeid kan være at man har tatt lett på de tidlige fasene i samarbeidet, og går rett på tiltak uten å ha avklart eventuelle målkonflikter.

Den enkelte interessentens engasjement og maktutøvelser varierer over tid. Kommunen og organisasjonene har nytte av samarbeid for å videreutvikle velferdsmodellen, men de er ikke direkte avhengige av hverandre, og samarbeidet må ikke nødvendigvis formaliseres eller

vedvare over tid. Fellesinteressen kan gjelde avgrensede oppgaver, og samarbeidet kan opphøre når oppgaven er løst.

Som vi har sett er interessene i enkelte tilfeller svært ulike, som for eksempel når det gjelder organisering av tjenester etter diagnose. Men det er tilstrekkelig fellesinteresser til å få til et konstruktivt samarbeid. Uenigheten dukker kanskje først opp når man nærmer seg spørsmålet om *hvordan* dette skal følges opp. Våre funn tyder ikke på at gapet er urimelig stort når det gjelder forebyggende arbeid eller samarbeid. At alle interessenter ikke kan få gjennomslag for sine interesser hører med til sakens natur. Spørsmålet er hvilke utfordringen som ligger i håndtering av ulike interesser. Håndtering av interessemotsetninger handler i følge våre respondenter hovedsakelig om dialog og om å diskutere eller forhandle seg fram til felles forståelse, felles formål med samarbeidet.

Den relasjonelle delen av samarbeidet oppleves vanligvis ikke som spesielt utfordrende ut fra våre funn. Relasjonene preges stort sett av raushet og toleranse, men når det kommer til økonomi (tilskudd), har vi noen funn som viser at det er utfordrende å stå i situasjonen for kommunens ansatte, jf. sitatet ovenfor. Interesse motsetningen i dette funnet går ut på at kommunen må forholde seg til regelverket, men organisasjonen ønsker handling med en gang, ellers vil de tape interesse for tiltaket.

De frivillige drives av engasjement, og rådmannsinstituttet påpeker at utgangspunktet for samarbeidet må være dette engasjementet. Engasjementet er nødvendig for å få et samarbeid til å fungere, men når engasjementet er stort er også følelsene sterke, og det kan oppstå gnisninger.

I konflikter der det er motsetning mellom grupper, er trikset mitt å få oppmerksomheten bort fra motsetningen mellom oss og over på brukeren eller felles mål. For energien til fagfolk og i disse frivillige organisasjonene er knyttet til målet med oppgaven, og det er så lett å bli fanget opp av økonomien og alle interessene vi skal ivareta i arbeidet med avtalen. Hvis vi kan dreie fokuset over på oppgaven eller brukerne, så bruker det å gå litt bedre. Det handler selvfølgelig om dialog, men det handler også om hva som er vitsen med samarbeidet og hva vi kan samles om. Fagfolk har en voldsom energi knyttet til faget sitt, og at man skal utøve det godt. Lønn er sjølsagt viktig, men de har en misjon her i verden – jordmødre er et typisk eksempel på dette, med øredobber med storker i. Så hvis de møter frivillige med det samme engasjementet om felles interesser så fungerer det. Henger man seg opp i detaljer kan det bli problemer.[...] Hvis vi ikke har engasjementet, så tror jeg ikke at avtalen skal fornyes. Jeg må føle at avtalen med organisasjonen må understøtte min misjon, og de må føle tilsvarende (Rådmannsinstituttet).

For å unngå konflikt er det viktig å avklare interessene til partene på et tidlig stadium, sier flere. Videre hevdes det at det er en stor utfordring er å være profesjonell i samarbeidet og at

pr i dag er kunnskapen og erfaringen begrenset når det gjelder samarbeid mellom offentlig og frivillig sektor. Det må utvikles samarbeidsforum og samarbeidsarenaer slik at det blir mulig å gå i takt mot felles mål. Hovedutfordringen kan være at partene ikke tar seg tid til å se på motsetningene på forhånd – før de setter opp strukturer og tiltak. Dette vil vi gå nærmere inn på i kapittel 4.3.

Frisklivssentralen sier at de hadde erfaring med at når det oppsto problemer i samarbeidet, var det var ingen av partene som tok tak i problemer på en slik måte at man prøvde å løse problemet. Istedenfor trakk en part seg unna for å unngå konflikt. Dette er en vanlig strategi å ty til når formålet med samarbeidet er uklart for alle interessentene. Den som trekker seg unna, benytter en form for maktbruk, bevissthetskontrollerende makt (Christensen og Daugaard Jensen 2001) som de andre partene ikke opplever som en påvirkning av forholdet. Nettverkssamarbeid preges ofte av løse koblinger mellom partene. Det kan være uklart hvordan man skal håndtere det når en av partene trekker seg unna, siden ingen har myndighet over de andre organisasjonene. Ansvarsforholdene er ofte uklare dersom det ikke er etablert mer formelle kontrakter mellom partene, eller representantene stiller med uklare mandat. Dette vil vi komme tilbake til i kap.4-4.

I følge interessentmodellen (se teorikapittel) kan samhandlingen mellom partene sees på som en koalisjon av interessegrupper der forholdet mellom interessentene reguleres gjennom felles mål og eventuelle kontrakter. Alle interessentgruppene har et bidrags- og belønningsforhold i organisasjonen, og de ulike interessentene har forskjellige forventinger og mål. Vår studie viser at det bare unntaksvis er avklart hvilke forventninger partene har, og det er ofte uklart hvilke mål man arbeider etter. Her ligger det med andre ord et potensial til forbedringer av samarbeidet. Selv om utgangspunktet for samarbeidet er fellesinteressene, bør man også være villig til å gå inn i konfliktområder. Dette krever gode kommunikasjonsferdigheter og kunnskap om forhandlinger, og det krever at man har inngått avtaler om samarbeidsstrukturer som kan håndtere interessekonflikter. Se mer om dette under neste forskningsspørsmål og samarbeidsavtaler.

Trondheim kommune har som tidligere nevnt tatt initiativ til å etablere et interkommunalt lærings- og mestringsprosjekt (LMS). LMS skal bygges opp som en samarbeidsmodell der brukerorganisasjoner og tjenesteapparatet evaluerer, planlegger og gjennomfører tiltak sammen, og det er grunn til å tro at denne modellen vil gi svar på noen av forventningene som ligger i samarbeid, i hver fall når det gjelder forebyggende virksomhet. Denne samarbeidsformen benevnes som standard metode for lærings- og mestringsvirksomhet (NK LMS 2011, Lerdal og Fagermoen 2011). En slik samarbeidsmodell inneholder etter vår vurdering samarbeidsarenaer, strukturer og samarbeidsprosesser for å håndtere ulike interesser ved å legge opp til et systematisk arbeid for å analysere brukerorganisasjonenes

interesser og kommunens interesser. Bidrag og belønninger avklares gjennom de ulike fasene i prosjektet, men det skal også utvikles strukturer for videreføring etter at prosjektet avsluttes. Prosjektsøknaden inneholder mål som partene har sluttet seg til, og det vil være behov for milepæler underveis mot målene. Interessentene i LMS-arbeidet har uttrykt tro på at dette er en god måte å samhandle på. Heller ikke i dette arbeidet kan alle organisasjoner delta, men mange av dem de vil være representert gjennom en annen organisasjon. Det er planlagt erfaringskonferanser, som skal imøtekomme behovet for å komme til orde og ha anledning til å utøve direkte innflytelse på de andre interessentene.

4.3 utfordringer ved utvikling av velfungerende samarbeidsavtaler mellom partnerne

Gjennom dette forskningsspørsmålet ønsker vi å få mer kunnskap om bruk av samarbeidsavtaler; hvilke avveininger som bør gjøres ved vurdering av behov for en skriftlig avtale, utfordringer som ligger i prosessen med utarbeidelse av en avtale og ulike former for eller alternativer til samarbeidsavtaler. Vi vil se på dette i et framtidrettet perspektiv.

Samarbeid kan defineres som informasjonsutveksling, tillitsbygging og felles problemløsning (Rognes 2010, 74). Våre respondenter har beskrevet alle disse sidene ved samarbeid i intervjuene. Innledningsvis vil vi vise til den allerede etablerte samarbeidspraksis mellom kommunen og frivillige, samt omtalen av samarbeid i Samhandlingsreformen, før vi analyserer respondentenes utsagn om samarbeid og samarbeidsavtaler i lys av teorier.

4.3.1 Lovpålagt samarbeid, statlige og kommunale føringer om samarbeid

Brukermedvirkning er pålagt både ved planlegging av individuelle tilbud og ved utvikling av tjenestetilbud (Lov om Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 3-10, og Pasient- og brukerrettighetsloven kap.3).

Samhandlingsreformen (St.meld. 47 (2008-2009)) legger stor vekt på samarbeid mellom ulike instanser; kommune, spesialisthelsetjeneste, frivillige lag og organisasjoner og brukere.

Meldingen sier blant annet dette om samarbeid med frivillige:

I samhandlingsreformen gis det stor oppmerksomhet til kommunenes rolle, både deres rolle i forebyggende arbeid og med tiltak som skal bidra til at pasienter og brukere mestrer sine livssituasjoner. Dette er områder der godt og kreativt samarbeid med frivillige organisasjoner kan bidra til bedre realisering av de helsepolitiske målene (St.meld. 47, 143).

Samhandlingsreformen viser til flere tiltak hvor kommunen og de frivillige har felles oppgaver. Kommunale lærings- og mestringstilbud er en arena hvor slikt samarbeid er sentralt.

Oppgavene kan omfatte kurstilbud og selvhjelpsgrupper for ulike brukergrupper eller fagpersonell, for eksempel mestringkurs, innføringskurs for likemenn/veiledere,

livsstilskurs for type 2-diabetikere og kurs i helsepedagogikk. Disse aktivitetene må henge sammen med øvrige tilbud i lokalmiljøet. Ved å utvikle lærings- og mestringstilbud i kommunene kan disse ivareta en viktig koordinatorfunksjon og også inngå samarbeid med frivillige organisasjoner (St.meld. 47, 84).

Den nye loven om kommunale helse- og omsorgstjenester som trådte i kraft 1.1.2012 har pålegg om inngåelse av juridisk bindende avtaler mellom kommune og helseforetak (§3-4). Disse avtalene faller utenom denne studiens tema, men den nye loven inneholder også et pålegg om samarbeid med brukergruppens organisasjoner og frivillige lag og organisasjoner som arbeider med de samme oppgaver som kommunen (§3-10):

Kommunen skal sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste. Kommunen skal sørge for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester omfattet av loven her, etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter.

Helse- og omsorgstjenesten skal legge til rette for samarbeid med brukergruppens organisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgaver som helse- og omsorgstjenesten. (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester §3-10 (to første ledd), vår understreking).

Som vi ser er det et pålegg om å etablere systemer for *innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter*. Brukerundersøkelser kan være en form for slike system, men det kan også dreie seg om rapporteringssystemer, brukerråd og andre samarbeidsforum hvor erfaringer og synspunkt kan meldes.

Kommunen har som tidligere nevnt formelle råd og utvalg som er høringsinstanser i politiske saker. Det er Eldreråd, Ungdommens bystyre, Mangfoldsrådet og Kommunalt råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne (KFU). Enhetene i Trondheim kommune er pålagt å etablere systemer for brukermedvirkning også på enhetsnivå. Trondheim kommune og KFU arrangerer åpne dialogmøter to ganger pr. år, og det finnes også noen andre uformelle møtefora mellom kommunen og brukerorganisasjoner. Samarbeid ut over dette har så langt vært begrenset og hovedsakelig foregått på et uformelt plan.

Det siste året har lederavtalene (kontraktene) mellom rådmannen og enhetsleder inneholdt en målsetting om samarbeid med frivillige. Det er fra rådmannens side ikke lagt inn noe krav om at samarbeidet mellom partene skal være formalisert som en avtale. Det kan være et samarbeid om et konkret tiltak som partene mener er viktig for deres virksomhet eller brukergruppe, men hvor partene ikke ser behov for en formell avtale.

Dagens *brukerråd* i kommunen ivaretar i noen grad dette kravet om systemer for innhenting av brukeres erfaringer og synspunkter, men bare for innhenting av informasjon fra de som allerede er brukere av enhetenes tjenester. Bystyret i Trondheim kommune sier følgende om brukerrådernes funksjon.

Trondheim kommune mener at brukermedvirkning er en forutsetning for å kunne tilby gode tjenester. Derfor vedtok bystyret høsten 2004 å etablere ordningen med brukerråd – som et viktig virkemiddel for å gi brukerne økt innflytelse.

Brukerrådet er en arena for dialog, et sted for fruktbart samspill mellom brukere, ansatte fagfolk og enhetslederen. Her skal det utveksles synspunkter, erfaringer, verdier og fagkunnskap for at tjenestekvaliteten skal bli basert på et bredest og best mulig grunnlag. Og veien til kommunens øverste ledelse skal være kort (Trondheim kommune 2005).

De brukerne som kommunens ansatte ønsker å nå med forebyggende tiltak, møter man ikke gjennom brukerrådene. Det er med andre ord behov for å etablere nye former for samarbeid, nye tiltak, samhandlingsarenaer eller forum for det forebyggende arbeidet mellom kommunen og brukerorganisasjoner og andre frivillige lag og organisasjoner.

4.3.2 Avveininger av behovet for skriftlige samarbeidsavtaler

Som vi ser er det sterke føringer for samarbeid med frivillige lag og organisasjoner og brukerorganisasjoner, men det er ikke noe pålegg om å utarbeide skriftlige avtaler. Mange av respondentene har tatt til orde for mer bruk av skriftlige avtaler, men understreker samtidig at det også fungerer uten avtale i mange tilfeller.

Vi vil nå se på erfaringene som er gjort med skriftlige avtaler og dernest hvilke interesser det kan være hensiktsmessig å ha avtale om. Inngåelse av *skriftlige samarbeidsavtaler* er ikke uvanlig på det frivillige området i Trondheim kommune. Pr 1.september 2011 hadde Trondheim kommune samarbeidsavtaler med 16 frivillige lag og organisasjoner i følge Temaplan for frivillighetspolitikk 2012-2016 (Trondheim kommune 2011). Bare en pasient- eller brukerorganisasjon har en avtale. Det er Kreftforeningen, og den avtalen er nå under revidering. Trondheim kommune yter som tidligere nevnt tilskudd til frivillige lag og organisasjoner som driver forebyggende helsearbeid. Når tilskuddene er over en viss størrelse, skrives det avtale om hva pengene skal benyttes til. Avtalen med Kreftforeningen er ikke tilknyttet tilskudd.

Respondentene våre hadde erfaring med ulike samarbeidsavtaler, men ikke skriftlige samarbeidsavtaler mellom kommune og frivillige om forebyggende arbeid. ”Vårres” brukerstyrte senter har skriftlig samarbeidsavtale med BUP (barne- og ungdomspsykiatrien i spesialisthelsetjenesten), og muntlig avtale med DPS (distriktpsikiatrisk senter i spesialisthelsetjenesten), men de har ikke noen avtaler med kommuner ennå. Det jobbes imidlertid med utarbeidelse av skriftlig avtale med Trondheim kommune i tilknytning til tildeling av kommunalt tilskudd.

Kreftforeningens avtale med kommunen ble ikke benyttet som et aktiv redskap i samhandlingen, og vi fikk ikke noen redegjørelse på hva som var årsaken til det. Den nye avtalen skulle imidlertid bli mer konkret og forpliktende, og den skal beskrive felles innsats, ifølge våre respondenter. Diabetesforbundet har inngått samarbeid med SiO

(Samhandlingsreformen i Orkdalsregionen), men foreløpig uten skriftlig avtale.

Diabetesforbundet har også hatt innledende drøftinger med Trondheim kommune med tanke på en samarbeidsavtale.

Alle respondentene hadde et ønske om mer samarbeid, og alle ønsket mer bruk av skriftlige samarbeidsavtaler. Det de nevnte som grunner for dette var at man ved utarbeidelse av avtaler ville bli nødt til å gjøre en del avklaringer av forventninger og mål, og for det andre at de ønsket at samarbeidet skulle bli mer forpliktende. Samtidig understreket de at avtaler må være meningsfulle. De må avklare hva man skal samhandle om og hvordan man skal samhandle om løsningene. Følgende fire utsagn forteller om behovet for avtaler:

Når det er tilskudd som det følges premisser med, må det skriftliggjøres hva pengene skal brukes til osv.

Når det er verdier som skal forvaltes, for eksempel når man skal drifte idrettshaller. Hva gjør man om det skjer noe med brukerne våre? Ansvarsforhold, beredskap. Låning av kommunale lokaler krever avtaler om låsing og lukking, rydding. Hvem skal ha nøkkel, hvor lenge skal de kunne bruke lokalet, hvem skal kontaktes når?

Jeg ser ikke ulempe med muntlige avtaler, men har du det på papiret så forplikter det alle parter.

Jeg ser det som veldig positivt at det inngås skriftlige samarbeidsavtaler. Det forplikter organisasjonenes frivillige opp mot kommunene, og likens forplikter det kommunene opp mot det frivillige samarbeidet.

Respondentene viser til forskjellig former for avtaler fra de rent konkrete avtaler om *praktiske forhold* som å låse og ta vare på bygningsmessige forhold til samarbeid om frivillig arbeid. I dette ligger det også et behov for å sikre materielle verdier og tydeliggjøre ansvar om noe skulle skje med hensyn til materielle skader eller personskader. Behovet for *informasjon* kan også avklares gjennom avtaleinngåelse, for eksempel informasjon om hvem man kan ta kontakt med om et skulle oppstå behov for avklaringer eller bistand. Eksempelvis var behovet for informasjon hos en av respondentene begrunnet i en kompleks situasjon som partene hadde kommet opp i overfor en gruppe ungdommer. *Taushetsplikt* er et annet forhold med behov for avklaring mellom partene. En respondent viste til at en samarbeidspartner trakk seg da det begynte å oppstå vanskelige situasjoner i forhold til taushetsplikten som helsearbeidere må overholde, også når de samarbeider med den frivillige organisasjonen.

Begrepet *forpliktelse* går igjen hos flere av respondentene. Det kan være et resultat av erfaringer med at samarbeidspartnere ikke stiller opp godt nok eller tar tilstrekkelig ansvar. Vi tolker utsagnene om behov for mer forpliktende avtaler på den måten at når avtalen foreligger underskrevet fra alle parter, vil partene få bedre vilkår for å oppfylle oppgaven enn om man ikke hadde en skriftlig avtale. Regler er med på å styre atferden til samarbeidspartnerne, og forhold som for eksempel er knyttet til taushetsplikt vil være avklart i avtalen. Dette kan være

et uttrykk for en normativ tilnærming til saken, og behovet for å skape sosial stabilitet. Scott (1995) viser hvordan de regulative, normative og kognitive institusjoner påvirker den sosiale atferden. Blant våre respondenter ser det ut til å ligge en antagelse om at ulike problemstillinger og forventninger er avklart ved inngåelse av avtalene, og at partene deretter innordner seg, forplikter seg, ”holde det vi lover” og gjør det som det forventes av dem når avtalen er underskrevet og dermed formalisert.

Det er ikke alle organisasjonene som ønsker en avtale. Eksempelvis hadde respondenten fra barne- og familietjenesten erfaring med at et lag hadde syntes det er brysomt at de måtte inngå en avtale for å få tilskudd. Det oppleves byråkratisk, og man ser ikke behovet for det. Idrettslaget ønsket å få de pengene de trengte og sette i gang straks uten byråkratiske prosesser med søknader og avtaler. Forklaringen kan være at det tar tid å lage avtale og at de syntes det var unødvendig bruk av tid. Det kan også være at brukerorganisasjonene vil unngå for mye styring fra kommunens side for å bevare sin frie stilling. En av de kommunale respondentene hadde erfaring med at samarbeidsavtalen ville brukes til å utvikle egen virksomhet ensidig, uten å diskutere seg fram til en omforent forståelse for hele virksomhetens formål. De trengte kommunal finansiering, men ønsket ikke innblanding i arbeidet de gjorde.

Kreftforeningen var opptatt av at samarbeidet ikke måtte skape problemer i forhold til deres frie rolle til å kritisere kommunen, og at balansegangen mellom disse to interessene krevde profesjonalitet hos begge parter. ”Vårres” brukerstyrte senter var også inne på at samarbeidsavtaler ikke må begrense organisasjonenes muligheter for å ivareta vaktbikkjerollen sin:

Det er snakk om avtaler. Det er jeg enig i. Det må ligge gjensidighet her, men samtidig må det ikke binde de frivillige organisasjonene til å gjøre det de ikke skal gjøre. Det må være mulighet til å påvirke.

Til tross for at det er en del avtaler allerede, baserer det meste av samarbeidet seg på *muntlige avtaler og ad hoc-samarbeid*, og mange mente at man kunne få mer ut av styrte samarbeidsprosesser. Ad hoc-samarbeid er lite forpliktende og kan medføre uro mellom partene fordi forventninger ofte blir stående usagte og ubearbeidet. Oppmerksomheten trekkes lett mot de som roper høyest og lager mest støy, som en av respondentene hevdet. Noen ganger starter samarbeidet på et uformelt plan med for eksempel tilbud om fysisk aktivitet, og så blir samarbeidet mer formalisert etter hvert. Andre ganger fungerer samarbeidet godt med muntlige avtaler og man opplever ikke behov for skriftlige avtaler. Er det relasjonelle forholdet godt, holder det av og til at man tar en telefon og blir enig om hva man skal gjøre eller at oppgavene beskrives i et møtereferat, sier en av respondentene.

Flere respondenter understreket at samarbeidsavtaler ikke er nødvendig for enhver pris. Avtalen må være dynamisk og må heller ikke nødvendigvis fornyes, - det avhenger av situasjonen og engasjementet. Er arbeidet utført, avsluttes avtalen. Når kurset er fullført,

avsluttes samarbeidet og tas eventuelt opp igjen om det dukker opp nye oppgaver. Et byråkratisk system som kommunen har behov for forutsigbarhet, som avtaler gir, ikke minst på det økonomiske plan hvor man kan bli avkrevd regnskap og målrettet bruk av ressursene, sier respondentene fra rådmannsinstituttet. Kommunen har også interesse av at nødvendig faglighet rundt tiltakene sikres.

Oppsummert er skriftlige avtaler i følge våre respondenter nødvendig

- når målet med samarbeidet må tydeliggjøres,
- når det er snakk om verdier som tilskudd, prosjektmidler, bruk av lokaler,
- når det er snakk om store og komplekse systemer hvor man er avhengig av flere forhold for å få tiltakene til å fungere,
- når man er avhengig av prosess og forpliktelse over tid,
- når samarbeidet krever systematikk,
- når ansvar må tydeliggjøres og
- når roller må avklares og oppgaver fordeles

Avtalenes innhold og omfang må videre reguleres ut fra disse behovene. Disse punktene omhandler ulike forhold i skjæringspunktet mellom kommunen og brukerorganisasjonene. Avtalene skal ikke regulere frivillige lag og organisasjoners frie rolle i samfunnet.

4.3.3 Utfordringer i prosessen fram mot en avtale

Proessen med utarbeidelse av avtaler framheves som viktig av mange av våre respondenter. Samtidig hevder de at man som oftest hopper over prosessen og går direkte på tiltak. En mulig utfordring som nevnes fra en av respondentene er manglende kunnskap om hvordan man skal gå fram, hvordan interesser skal analyseres og hvordan man kan forhandle seg fram til felles mål. Vi tolker dette dit hen at det kan handle om manglende kunnskap om forhandlinger hos de som samhandler med frivillige lag og organisasjoner eller kunnskap til å vurdere potensialet i samarbeidet med frivillig. Det kan også handle om at man ikke bruker den kunnskapen man besitter fordi man gir saken liten prioritet, jamfør det vi var inne på i kapittel 4.2 om saker som kan stoppe opp på ulike måter på vei gjennom det kommunale byråkratiet. Det kan være mange grunner til at det ikke er inngått avtale mellom partene.

Når respondentene vektlegger behovet for en avtale, sier de også at prosessen fram mot en avtale vil virke klargjørende for partene.

Avtaler gjør at det blir mer prosessarbeid. Mer nedfelte ting som gjør at man drar lasset sammen, nytenkning, rolleavklaringer, framdrift (Infosenteret for seniorer).

Gjennom fasene med utarbeiding av avtalen ser respondentene mulighetene til å rydde opp i og avklare forventninger og uenighet slik at man lettere kan jobbe mot felles mål, skape nytenkning og framdrift. Denne prosessen blir viktig å styre og gjennomføre på en god måte for å skape fellesløsningene.

Rognes (2010) viser til ulike typer forhandlinger. Det er fordelingsforhandlinger, eksempelvis handel på en bazar hvor kjøper ønsker lav pris og selger ønsker høy pris. Blant våre respondenter er integrasjonsforhandlinger mest aktuelt. Det omtales også som vinn-vinn-forhandlinger. Både kommunen og frivillige organisasjoner ønsker et samarbeid om livsstilskurs og forebyggende innsats, og det kan gi forhåpninger om at partene i harmoni skaper gode løsninger. Men også i disse forhandlingene kan det forekomme både samarbeid og konkurranse. Rognes (2010) viser til *syv faser i forberedelser til forhandlinger*, som fører fram til en avtale mellom partene; interesseanalyse, løsningsmuligheter, pakker/skisser, alternativer til forhandlet løsning, objektive kriterier, fordelingsanalyse og prosessstyring. Våre respondenter har hatt spesielt fokus på de innledende fasene hvor de peker på behovet for å få innsikt i hverandres interesser, forståelse for hverandres ståsted og engasjement for felles mål. Flere respondenter påpeker betydningen av å gjøre et god analyse på disse områdene på et tidlig stadium. Etter det vi har sett har ikke partene et klart bilde av hverandres interesser, bare antakelse, og kanskje også fordommer og myter om hverandre.

Rognes understreker at prosedyrene skal gjennomføres slik at partene får god informasjonsutveksling, innsikt i god problemløsning med alternative løsninger slik at det bygges opp tillit mellom partene. Dette krever både åpenhet og profesjonalitet. Partene legger fram både sine mulige bidrag og forventede belønning. Kreftforeningen viser til eksempler på konkrete bidrag som de kan komme med og som kan inngå i slike forhandlinger:

- vår portefølje er tobakk og fysisk aktivitet i særdeleshett, kanskje noe på kosthold, skolen og barnehagen. Det går på aktivitet for barn og unge, gjerne i samarbeid om drift av et treffpunkt, det går på gjennomføring av et mestringsprogram, et livsstilskurs, og hvilken rolle de frivillige organisasjonene skal ha ved frisklivssentralene, og så går det på områder hvor vi kan tenke likemannsarbeid, gjerne med utgangspunkt i Vardesenteret som vi skal åpne i Kreftklinikken, frivillighetsarbeid.

Denne porteføljen har mye til felles med Frisklivssentralens arbeidsområde som er livsstilsproblematikk knyttet til fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt, områder som er aktuelle for mange diagnosegrupper, og Diabetesforbundet driver også lignende kurs. Det kan derfor bli en del av forhandlingene at man avklarer fordeling av oppgaver og målgrupper. For å komme videre i planleggingen, bør de enes om innhold, prosess og en avtale som enten omfatter den ene oppgaven eller kurset, eller en avtale om den samlede kursvirksomheten. "Samarbeid er de aktiviteter som bidrar til at en finner og utvikler de beste løsningsmulighetene, gitt analyse av avtalemuligheter" (Rognes 2010, 74).

Utfordringene i de situasjoner som respondentene nevner, ligger i at man ikke går til forhandlinger i nevneverdig grad, og derfor sjelden kommer fram til potensialet som ligger i å vurdere løsningsmuligheter for å realisere egne interesser. Det som Rognes beskriver som pakker eller skisser er alternativene for hvordan en avtale kan se ut. Utfordringen her er at en

av partene kan møte den andre med ferdige pakker og uten at den andre parten har fått lagt fram alternativer, kan samarbeidet skjære seg selv om interessene er felles.

Brukerorganisasjonene må forholde seg til mange kommuner, og da er det lett å ty til ferdige pakker istedenfor å forhandle med den enkelte kommune.

Vi har tidligere vært inne på at interesseorganisasjoner gjennom sitt formål er organisert ut fra målgruppe, mens kommunen har en tjenesteorganisering. En mulig utfordring i forhandlingsprosessen kan være at kommunen kan ønske et universelt tilbud lærings- og mestringskurs, mens brukerorganisasjonene ønsker å innrette kurset for bare sin målgruppe for på den måten også oppfylle sin egen målsetting. Dette kan ses som alternative pakker eller skisser som kan legges fram for vurdering og være utgangspunkt for forhandlinger. Men før pakkene legges fram må partene drøfte hva de ønsker å oppnå, dvs. formålet med pakkene. Problemet er som vi har sett at man går direkte på tiltakene eller pakkene, som Rognes kaller det.

Både kommunens enheter og lokalforeningene i brukerorganisasjonene kan være bundet av målsettinger satt av hovedorganisasjonen. Alle parter vil drøfte med utgangspunkter i egne interesser, saker og alternativer. Det er ikke sikkert at motsetningene blir så store når arbeidsprosessen kommer i gang, men alle parter må være villige til å legge inn ressurser i form av tid og penger i planlegging, gjennomføring og evaluering av kurset og leie av lokaler.

Begrepet forhandlinger kan høres stort og krevende ut, men har partene ulike interesser, må det forhandles hvis man vil oppnå noe. "Når to eller flere parter med delvis motstridende interesser prøver å komme fram til en felles beslutning, forhandler de" (Rognes 2010,13). Det er ulike former for forhandlinger ifølge Rognes. Det finnes flere former for forhandlinger - fordelingsforhandlinger, integrasjonsforhandlinger og mekling. Integrasjonsforhandlinger (også kalt vinn-vinn-forhandlinger) handler om å få til avtaler som er bedre enn kompromisser på enkeltsaker. I samarbeid mellom kommune og brukerorganisasjoner er *integrasjonsforhandlinger* den aktuelle forhandlingsformen ut fra våre data.

I følge Rognes (2010) er det *tre forutsetninger* som må være til stede for at integrasjonsforhandlinger skal være aktuelt; *potensial, motivasjon og kompetanse*. Partene har dels motstridende interesser, men også felles interesser i forebyggende arbeid. Det betyr at det vil være både et konkurransemoment og et samarbeidsmoment i forhandlingene, noe som gjør at forhandlingene kan være ganske krevende, men her ligger også et potensial til å styrke forholdet mellom partene. Vi oppfatter det slik at alle våre respondenter mener de har motivasjon og mener de vil ha utbytte av en avtale, dvs. oppnå mer gjennom samarbeid enn de ville gjort om begge hadde arbeidet hver for seg i enkeltsaker, som for eksempel gjennom den enkelte pasients møte med hjelpeapparatet. Dersom motivasjonen ikke er sterk nok, kan det være en utfordring.

Det kan være vanskelig mange ganger, men fokus må være på oppgaven. Det er spesielt mye engasjement i helseprofesjonene, men også pedagogene har noe av det samme kallet. Tror det med kallet er litt tilbake. Det handler ikke bare om lønn, men om at folk brenner for noe. Hvis vi ikke har engasjementet, så tror jeg ikke at avtalen skal fornyes. Jeg må føle at avtalen med for eksempel NN-organisasjonen må understøtte min misjon, og de må føle tilsvarende (Rådmannsinstituttet).

Dette utsagnet viser til at det er en forståelse av at engasjement er viktig i forhandlingsprosessen. Der det er sammenfallende engasjement er det også *motivasjon* for få til noe sammen. En annen av forutsetningene i integrasjonsforhandlinger er som nevnt *kompetanse*, og et par av respondentene stiller som tidligere nevnt spørsmål om kommunen har god nok kompetanse i forhandlinger. Denne påstanden har vi ikke undersøkt nærmere. Vi antar at det er mye forhandlingskompetanse i en så stor kommune, men det kan vel også være et spørsmål om denne organisasjonen har møtt de dyktigste forhandlerne. Planlegging og strategiarbeid er en utfordrende oppgave i forhandlingene. Partene må kunne kommunisere med hverandre og kunne håndtere hverandres interesser i forhandlingsprosessen. Det krever gode forberedelser for å kunne utnytte hverandres interesser mot et felles mål i motsetning til å opptre tilfeldig og ad hoc i forhandlingsprosessen. Da vil man ikke kunne utnytte sin egen og andres styrke. Gjennom forhandlingsprosessen og veien fram til en ferdig avtale, vil partene bli bedre kjent med hverandre, de vil utveksle informasjon og utvikle løsninger basert på felles interesser.

Integrasjonsforhandlingene har også syv faser, ifølge Rognes (2010). Det er å etablere enighet om prosedyrer og visjoner, utveksling av informasjon, definisjon av forhandlingsproblemet, oversikt over pakker, utbygging av en pakke, fordeling, avtale og iverksettelse. Den innledende fasen med å påvirke forhandlingsprosessen er viktig og som våre respondenter har vært spesielt opptatt av. I fasen om informasjonsutveksling skal partene bli enige om de felles utfordringer de står overfor, eksempelvis hvem gjør hva av kursvirksomhet. Når partene har blitt enige om forhandlingsproblemet, er neste fase å vurdere potensielle skisser for kursvirksomhet i de videre forhandlingene. Disse bør gi rom for diskusjon. I den neste fasen bør våre respondenter bli enige om hvordan en kurspakke bør se ut, og utforme dette til en konkret avtale. Siste fase er fordelingsforhandlinger. Fordelingsforhandlinger kan komme på slutten av forhandlingsprosessen i integrasjonsforhandlinger – ”dersom det er konflikter en ikke har greid å håndtere ved bruk av objektive kriterier eller ved å bytte saker” (Rognes 2008,77). Da må man følge prinsippene i fordelingsforhandlinger som er en egen forhandlingsform. Vi antar at avtale om forebyggende arbeid sjelden blir aktuelt dersom man ikke kan nå fram gjennom vinn-vinn-løsninger. Vi har sett at det ligger utfordring i alle stadier i forberedelsene til forhandlinger og i gjennomføringen av forhandlingene. Interesser må synliggjøres, målsettinger drøftes og ulike alternative løsninger beskrives. Den mest aktuelle forhandlingsformen er

integrasjonsforhandlinger hvor man leter etter vinn-vinn-løsninger, men er uenigheten stor kan man bli nødt til å gå inn i fordelingsforhandlinger for å komme fram til løsninger.

4.3.5 Avtaler i form av kontrakter eller partnerskap

Våre respondenter ønsker en større formalisering av samarbeidet. I dette kapittelet vil vi vise til ulike former for avtaler, som kan være aktuelle for partene. Dette er vurderinger som vi som forskere gjør på bakgrunn av intervjuene. Våre respondenter brukte ikke begreper som kontrakter eller partnerskap, men benyttet begrepet avtale.

Bruk av *kontakter og avtaler* er et sentralt virkemiddel for regulering av samarbeid i nettverk hvor relasjonene i utgangspunktet består av løse koblinger mellom flere sjølstendige organisasjoner. I kontraktteorien skilles vanligvis mellom *tre former for kontrakter* (Busch og Vanebo 2003 og Buch m.fl. 2007); markedskontrakter, relasjonskontrakter og hierarkiske kontrakter. Kontrakter regulerer bidrag og belønning mellom partene. *Markedskontrakter* inngås med kunder, leverandører og andre organisasjoner som interessentene har en markedsrelasjon til, og handler om kjøp og salg av definerte varer og tjenester. En slik form for kontrakt kunne være aktuell dersom kommunen valgte å konkurranseutsette deler av det forebyggende helsearbeidet, for eksempel kurs- og opplæringsvirksomhet. Dette har ikke vært nevnt som et ønske eller en mulighet hos våre respondenter, muligens fordi det sittende bystyret ikke har en policy med konkurranseutsetting, og vi velger derfor ikke å gå nærmere inn på det her. *Hierarkiske kontrakter* er kontrakter innen en organisasjon og mellom arbeidsgiver og arbeidstaker og er kun aktuelt som interne løsninger i den enkelte organisasjon.

Den kontraktsformen som etter vår vurdering er mest aktuell er *relasjonskontrakter*. Det kan være en kontrakt mellom kommune og frivillige om forebyggende oppgaver. De kan benyttes der leveransen eller transaksjonen ikke lar seg spesifisere tilfredsstillende. Her er tillit en viktig styringsmekanisme, og forholdet mellom partene benevnes gjerne som nettverksrelasjoner.

Respondentene ga noen eksempler på hva oppgavene i slike avtaler kunne være:

Det bør være på et overordnet nivå, men det går an å ha spesielle punkt i denne samarbeidsavtalen - blant annet om kursing eller diabetesforum. Vi har jo erfaring med slike diabetesforum på nasjonalt nivå med stor deltakelse av fagfolk og frivillige og der partene var enige om at dette ville de være med på. (Diabetesforbundet)

For vår del kan vi for eksempel ha et konsept for infovirksomhet i skolen, ansatte, foreldre, tilbud på fritid. Det kan vi være konkret på og gjennomføre. ("Vårres" brukerstyrte senter)

De aktuelle områdene som vår respondenter kan inngå kontrakt på er som tidligere nevnt kurs- og kompetanseoppbygging, gruppetilbud til felles målgrupper, informasjon og helseopplysning.

De oppgavene som de frivillige viser til er også i overensstemmelse med de forventinger som Samhandlingsreformen refererer til ved at oppgavene for de frivillige kan omfatte kurstilbud og selvhjelpsgrupper, mestringskurs, innføringskurs for likemenn og livsstilskurs. Formålet med samarbeidet beskriver Samhandlingsreformen slik; ”et godt og kreativt samarbeid med de frivillige organisasjoner kan bidra til bedre realisering av de helsepolitiske målene.” (St. meld. 47, 84)

Relasjonskontrakter er ikke juridisk bindende, men bygger på interesse for felles mål og oppgaver, tillit mellom partene og interesse for å finne gode løsninger. Relasjonelle kontrakter legger mindre vekt på det formelle. For eksempel er de relasjonelle kontraktene ofte utformet på en slik måte at bare partene selv, og ikke en nøytral tredjepart, er i stand til å avgjøre om kontrakten er oppfylt. Kontraktsformen er derfor fleksibel, og den gir partene handlingsrom.

Partnerskap er en annen aktuell form for samarbeid eller avtaleform i nettverk, en fleksibel type samarbeid som kan utformes på ulike måter alt etter hvilke type problemer man tar sikte på å håndtere (Andersen og Røiseland 2008, 13). Å gå sammen i et partnerskap bygger på et valg om å samarbeide der det er hensiktsmessig, funksjonelt eller effektivt. Partnerskap har mye til felles med kontrakter. Vi ønsker imidlertid å beskrive partnerskap som en styringsform siden denne type samarbeid er initiert fra sentrale myndigheter i folkehelsearbeidet. Siktemålet med partnerskap har vært å utløse lokalt engasjement og gi drahjelp til lokale aktiviteter og tverrsektorielt arbeid. I 2004 ble det etablert en egen stimuleringsordning for en tverrsektoriell organisering av folkehelsearbeidet basert på partnerskap (St. meld. nr. 47(2008 – 2009). Trondheim kommune gikk inn i partnerskapet sammen med fylkeskommunen, fylkesmannen, andre kommuner og frivillige organisasjoner.

Partnerskap der offentlige myndigheter opptrer, kan forstås som en offentlig styringsform, som har en politisk strategi og som har en positiv valør. Det er ulike former for partnerskap; det er koopterende partnerskap, byttebasert partnerskap og institusjonelle partnerskap. Den mest aktuelle formen i forhold til vår problemstilling er *institusjonelt partnerskap* som er knyttet opp til nettverk som styringsform. Hvis vi tar LMS-nettverket som eksempel, så deltar det representanter fra brukerorganisasjonenes paraplyorganisasjoner og representanter fra ulike deler av helsetjenestene i fem kommuner hvor en rådmannsgruppe er styringsinstans.

Partnerskap kan åpne for problemløsning, men det kan også ta tid å komme fram til gjensidig forståelse, transaksjonskostnadene kan dermed øke, men det er også tilfelle ved de andre avtaleformene som vi har vært inne på tidligere. Partnerskapstypene, på samme måte som for de ulike formene for kontrakter, springer som nevnt ut fra ulike styringssystemer, tilnærminger eller perspektiver. I *byttebaserte partnerskap* foregår det bytte av tjenester, penger eller varer i et marked, og partene inngår gjerne mer detaljert og juridisk bindende kontrakter som regulerer forholdet. Dette er ikke den enkle måten for bytte av for eksempel penger mot varer og tjenester, men den dominerende formen for bytte i et marked, noe som

gjør det nødvendig å etablere formelle strukturer rundt partnerskapet, for eksempel store byggeprosjekter eller byutvikling. Dette er sammenlignbart med markedskontrakter, som vi har omtalt tidligere. Vi vurderer den derfor som uaktuell for forebyggende helsearbeid. I *kooperende partnerskap* er det bindende avtaler mellom arbeidsgiver og ansatte, regulert gjennom tilsettingsforholdet i organisasjonen, noe som også er uaktuelt i det samarbeidet vi snakker om. Den eneste aktuelle partnerskapsformen er etter vår vurdering *institusjonelle partnerskap*. De bygger på kognitive og kulturelle trekk som felles virkelighetsforståelse, felles kultur og tillit. En respondent sier:

Avtale kan være gunstig, særlig om det er verdier eller forhold som må reguleres som felles eiendom, ressurser eller felles oppgave, ... men vi kan uansett ikke få til en avtale som tar opp i seg alt som kan skje. En grei rammeavtale samtidig med at man bygger relasjoner, holder det man lover osv. (Rådmannsinstituttet)

Institusjonelle partnerskap er egnet for kompliserte problemstillinger og mange aktører. Både lærings- og mestringsnettverket (LMS) og Frisklivssentralen har likhetstrekk med denne formen for partnerskap. LMS har etablert samarbeidsstrukturer som gjør det mulig å utrede og løse problemer som er komplekse og hvor det kan være vanskelig å spesifisere hva problemet går ut på. Det finnes i dag ikke skriftlig avtale ut over det at partene formelt har besluttet seg for å være med ut fra den prosjektskissen som er lagt til grunn for søknad om midler til prosjektet.

Det er vanskelig å trekke noen konklusjoner om våre respondenter er best tjent med å gå inn i en relasjonskontrakt eller et institusjonelt partnerskap da formen på avtalene er nokså like. Det ikke er snakk om enten kontrakter eller partnerskap, men at begge deler kan være aktuelle i ulike situasjoner. Vi anser institusjonelle partnerskap som best egnet for den delen av det forebyggende helsearbeidet som preges av kompliserte problemstillinger og mange aktører, et langsiktig perspektiv og utveksling av ressurser. Disse forholdene gjør det hensiktsmessig med en viss grad av formalisering av partnerskapet. Lærings - og mestringsnettverket (LMS) kan være et eksempel på bruk av partnerskap. Flere kommuner og frivillige organisasjoner er involvert, og nettverket skal arrangere lærings- og mestringskurs som kan innebære utveksling av ressurser. Det er også behov for forutsigbarhet for kursdeltakere og samarbeidspartene. Nettverket bør ha et langsiktig perspektiv for å kunne realisere målene i Samhandlingsreformen, og partnerskap kan være en form for avtale. Relasjonskontrakter kan være egnet der det er få parter og enklere oppgaver, som for eksempel ved samarbeid rundt enkelte kurs i Frisklivssentralen. Kursene kan være kortvarige, enkle å gjennomføre og en klar oppgavefordeling mellom partene.

Vi har ikke funnet en oppskrift på en god avtale eller samarbeidsform, men respondentene har vilje og ønske om å få til en avtale. Vi lar en av respondentene fra Rådmannsinstituttet avslutte:

Jeg har veldig stor tro på gode avtaler, men det er krevende å lage gode avtaler som en forståelig og anvendbare i forhold til det jeg nevnte om møtet mellom ildsjeler og offentlig byråkrati (Rådmannsinstituttet).

4.3.6 utfordringer knyttet til håndtering av avtaler

Vi har allerede vært inne på en del utfordringer knyttet til samarbeidet og inngåelse av samarbeidsavtaler. Her vil vi gå litt nærmere på utfordringene knyttet til håndtering av avtalene, dvs. hvordan de skal håndteres for å løse de utfordringene som respondentene har pekt på.

Ansvar for oppfølging av avtalene må spesifiseres i avtalen for å unngå slike situasjoner som Frisklivssentralen beskrev med at ingen tok tak i problemer som dukket opp underveis i samarbeidet. Det kan aldri bli slik at alt er avklart i avtalen, og det er derfor også viktig å holde samarbeidsklimaet ved like, bygge tillit og forståelse mellom partene slik respondenten fra rådmannsinstituttet nevnte. Det må derfor også beskrives hvordan uenighet som oppstår underveis skal håndteres. Samarbeid er personavhengig og avhengig av erfaring og kompetanse. Tillit er nødvendig i et samarbeid, noe samtlige respondenter er kommet inn på. Uten gjensidig tillit vil ingen samarbeidsform fungere, og tillit bygges over tid.

Brukerorganisasjonenes frie stilling respekteres på samme måte som kommunenes politiske styring og regelverk. En respondent sier: "Uten tillit er avtalen lite verdt."

Samarbeid i nettverk som består av flere likeverdige og uavhengige organisasjoner krever en annen *samhandlingskompetanse* enn i samarbeid mellom enheter i samme organisasjon fordi man ikke bare har sin egen organisasjons ledelses- og beslutningsstrukturer, men er knyttet til samarbeid med personer som man ikke har instruksjonsmyndighet over.

Taushetsplikten må håndteres i en avtale mellom partene. Dette er et av flere forhold som må avklares i prosessen, både overfor samarbeidspartnere og deltakere på tiltak man samarbeider om. En organisasjon hadde erfaring med at taushetsplikten ikke behøvde å være noe problem dersom man gikk fram på riktig måte i planleggingen av kurs og gruppetilbud.

Samarbeidsavtaler er en måte å regulere dette forholdet på, og for å skape innsikt og forståelse for håndtering av taushetsplikt.

Styring av samarbeid i nettverk kan være en stor utfordring. Styring i nettverk er en vanskelig prosess siden det ikke bygger på hierarkiske relasjoner, men på felles kultur og tillit. Det offentlige har ikke anledning til å gå inn å styre de andre partene, og det er heller ikke ønskelig ifølge våre respondenter. Partene kommer ikke lenger enn de skritt alle gjør i fellesskap. Det kan påføre alle organisasjonene mye tid og ressurser for å oppnå enighet.

Nettverksstyring tar i litteraturen utgangspunkt i meta-governance eller metastyring og samstyring. Meta-governance er som nevnt i teorikapitlet, den styringsformen som utøves gjennom de strukturelle rammene for nettverksaktiviteter. Det er av våre respondenter

beskrevet strukturelle rammer som møter, kommunale og statlige føringer, retningslinjer for søknad om tilskudd og møtereferat. Samstyring er de prosesser der man forhandler seg fram til felles løsninger og konsensus, konsensusbaserte samarbeidsformer. Når frivillige beskriver at de vil utvikle ulike kurstilbud, ønsker de at dette skal planlegges i et likeverdig felleskap. De ønsker også å ta større ansvar gjennom inkluderende prosesser, gjennomsiktede og åpne beslutningsprosesser.

Røiseland (2008) deler inn metastyring i *tre styringsstrategier*, eller tre virkemidler i styringen. Det første er *ambisjonen* om å etablere et partnerskap, det andre er *innholdet* (hva deltakerne skal samles om), og det tredje er *prosessen* for å bedre informasjonen og læringsprosessene (Koppenjan og Klijn, 2004). Vi vil nå se nærmere på lærings- og mestringsprosjektet i lys av disse styringsstrategiene.

Styring med selve *partnerskapet* skjer gjennom påvirkning av hvem som inviteres inn i partnerskapet. I dette tilfellet skjedde det ved at det interkommunale rådmannsnettverket (rådmannsgruppa i Trondheimsområdet) tok initiativ til en søknad der samarbeidsstrukturene ble skissert. Brukerorganisasjonene ble først invitert inn via en åpen invitasjon til workshop, og dernest ved utsendelse av skriftlig innbydelse til paraplyorganisasjonene FFO (Funksjonshemmedes fellesorganisasjon) og Handikapforbundet. Det ble også åpnet for deltakelse av uavhengige organisasjoner, dvs. organisasjoner som ikke er tilsluttet paraplyorganisasjonene.

Styring av selve *prosessen* skjedde gjennom utforming av samarbeidsstrukturer i søknaden og kommunal tilsetting av prosjektkoordinator med ansvar for daglig ledelse av prosjektet. Helsedirektoratet hadde også lagt føringer via krav til søknadens innhold. Det er også lagt føringer gjennom etablering av samarbeidsutvalg. Brukerutvalget er gitt myndighet til å definere LMS-tilbudet sammen med prosjektledelsen, og har også representanter med i nettverksgruppa (prosjektgruppa) som har ansvar for å planlegge og gjennomføre tiltak. Videre er det lagt rammer ved at partene har tilsluttet seg en arbeidsform som benevnes som *Standard metode* (NK LMS 2011) som handler om likeverdig samarbeid i planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak.

Når det gjelder *innholdet* er man bundet av prosjektskissen som ligger til grunn for søknaden. Kommunene som står bak søknaden styrer her gjennom beskrivelse av formål, samarbeidsstrukturer og tiltak. Dette setter rammer for samarbeidet, men handlingsrommet for brukerutvalg og prosjektgruppe er relativt stort.

Som vi ser er det sterke innslaget av metastyring i det interkommunale LMS-prosjektet. Kommunene la sterke føringer for virksomheten gjennom søknad om prosjektmidler, og helsedirektoratet satte krav til søknadens innhold og dermed utforming av prosjektskissen. På denne måten ble de økonomiske rammene gitt, samt prosjektorganiseringen med brukerutvalg, prosjektgruppe og styringsgruppe.

Gjennom beskrivelse av LMS-prosjektet har vi forsøkt å beskrive hvordan samarbeid og styring i nettverk kan håndteres. Dersom man ser på LMS som et partnerskap, bryter man her med prinsippet om at alle partene skal ha en prinsipalrolle som likestilte partnere, siden statlige myndigheter og kommunen i stor grad har lagt premissene. På den andre siden er det forsøkt lagt til rette for at brukerorganisasjonene skal ha reell innflytelse som likeverdig parter. De egentlige prinsipalene sitter i rådmannsgruppe og brukerorganisasjonenes styre, og prosjektskissen kan sies å være deltakernes mandat.

4.4 Organisasjonsmessige utfordringer i forebyggende helsearbeid

Utfordringene ved organisering av forebyggende helsearbeid berører et bredt mangfold av oppgaver og målgrupper. Vi vil se nærmere på avveininger og dilemma som må vurderes når oppgaver, myndighet og ansvar skal fordeles, i en organisasjonsstruktur (Busch 2003). Hvem som skal utføre de forskjellige oppgavene i det forebyggende helsearbeidet er sentrale spørsmål. Først vil vi ta for oss organisering av det forebyggende arbeidet i kommunen, fordeling av oppgaver mellom kommunale og frivillige aktører (her brukerorganisasjoner) og LMS-nettverket. Dernest vil vi gå nærmere inn på utfordringer som følger av nettverkets særtrekk, før vi avslutter med å sette fokus på styringsutfordringer med utgangspunkt i lærings- og mestringsnettverket.

Vårt forskningsspørsmål var formulert som et åpent spørsmål slik at informantene stod fritt til å definere hva de la i begrepet organisering. Det var opp til informantene hvorvidt de ville definere organisasjon eller organisering ut fra det som i teorien beskrives som rasjonelle systemer, naturlige systemer eller åpne systemer. Vi benytter Scotts definisjon av organisasjon (Scott 1992, 25):

Organisasjoner er et system av gjensidig avhengige aktiviteter som kobler sammen skiftende koalisjoner av deltagere. Systemet er en del av – avhengig av kontinuerlig utveksling med og konstitueres av – de omgivelsen de opererer innenfor.

Studien er avgrenset til den delen av det forebyggende helsearbeidet som er organisert under Frisklivssentraler, helsestasjoner, skolehelsetjeneste og lærings- og mestringsnettverket. I dette kapitlet vil vi analysere funnene våre i dette empiriske feltet i lys av nettversteori og ulike perspektiver på organisasjon.

4.4.1 Kommunens organisering av forebyggende helsearbeid

Forebyggende helsearbeidet kan sies å være en naturlig del av de fleste helsetjenester, og i den forstand berører den de fleste enheter i kommunens helse- og omsorgstjenester. Vår studie har imidlertid avgrenset seg til noen enheter som peker seg ut som aktører i denne virksomheten i kommunen; helsestasjoner, Infosenteret for seniorer, Frisklivssentral og

rådmannsinstituttet. Organisering i lærings- og mestringsnettverket blir omtalt under oppgavefordeling mellom kommunen og frivillig sektor.

Dette kapittelet har to hovedtema: Spørsmålet om hvorvidt all virksomhet bør integreres i de etablerte enhetene, om noen oppgaver bør samles ett sted og om kompetanse får konsekvenser for organisering.

Kommunene fikk to nye lover som trådte i kraft 1.1.2012, og forebyggende helsearbeid berører av begge disse lovene; Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og Lov om folkehelse. I førstnevnte lov ligger ansvaret for helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunen som er den delen av helse- og omsorgstjenestens ansvarsområde.

Folkehelsearbeidet er derimot et *tverrsektorielt* kommunalt ansvar hvor det meste av innsatsen skjer utenfor helse- og omsorgssektoren. Forebyggende helsearbeid er dermed hjemlet i begge lovene. Begrunnelsen for at kommunene tillegges et større ansvar på dette området, er muligheten til å samarbeide med andre lokale aktører (St.meld.47, Samhandlingsreformen), og som vi ser er samarbeid med brukerorganisasjoner og andre frivillige lag og organisasjoner nå nedfelt som et pålegg i den nye loven om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Mange av informantene hadde refleksjoner rundt valget mellom å *samle* det forebyggende helsearbeidet i et senter *eller spredt* ut i det allerede etablerte tjenesteapparatet. Dersom man velger å etablere et senter/enhet – hvilke oppgaver skal i så fall samles der? Spenningen mellom arbeidsfordeling eller koordinering er et klassisk dilemma, i følge Bolman og Deal (2009, 99). Kommunen må ta stilling til hvordan arbeidet skal fordeles (differensieres), og dernest hvordan de enkeltes enheters innsats skal koordineres etter at ansvaret er fordelt (samordning). Bolman og Deal kaller dette rollespesialisering (Bolman og Deal 2009, 78).

Våre respondenter var opptatt av hvor i kommunen tiltakene skulle gjennomføres - i et senter eller enhet, eller spredt på flere steder. En av våre respondenter sier:

Det handler om utvikling og å se behov. Å plassere det ut (der folk bor) er viktig - så alt kan ikke plasseres sentralt. Det vil bli for stort og uoversiktlig. ... Helsestasjon og skolehelsetjeneste er viktig. Lokalsamfunnet har en oppgave. Nærmiljøene er kjempeviktige. Men vi har snakket om et felles sted/et fagmiljø/et utviklingsmiljø. Om å drive det lokalt og se hva som trengs, organisert i en enhet. Så det kan sees som sentralisering. Med utgangspunkt i kompetanse og empowerment - det er naturlig at fysioterapitjenesten har en stor rolle i, men det kan gjøres enda bedre (Frisklivssentralen).

Mintzberg (1983) viser til seks prinsipper for gruppering eller fordeling av oppgaver: Man kan ta utgangspunkt i *kompetanse*, en *arbeidsprosess*, *funksjon*, *tid*, *produkt* eller *geografisk lokalisering*. Arbeidsprosess, funksjon og tid kan brukes som utgangspunkt for avveininger ved fordeling av forebyggende helsearbeid i et behandlingsforløp i kommunen. Vi kan bruke psykisk helse blant barn og unge som et eksempel. Skolehelsetjenesten har god generell

kunnskap om psykisk helse, men dersom barnet trenger tett oppfølging av sine problemer, henvises de til en psykolog i kommunen. Fordelingen av oppgaven kan også bli bestemt ut fra tiltakets karakter (*produkt*). Et kostholdskurs kan for eksempel være aktuelt å legge til Frisklivssentralen siden de har ansvaret for den typen tiltak. Dersom målgruppen er småbarnsforeldre, kan det imidlertid være hensiktsmessig å legge kurset et sted hvor småbarnsforeldre er vant til å møtes, for eksempel ved en helsestasjon eller skole (*geografisk lokalisering*).

Barn og unge er en del av lokalmiljøet, og de frivillige kjenner barna og ungdommene både privat og gjennom laget, sier respondenten fra barne- og familietjenesten. Voksne i idrettslaget blir trygge personer som barn og unge henvender seg for å få hjelp enten det skyldes hjemmeforhold eller egen helse. Skal de kommunale enhetene samarbeide med disse frivillige lag og organisasjonene, er det en fordel at ansvaret for oppgavene legges ut til enheter der folk bor. Da kan de lettere bygge opp et godt samarbeid og bygge tillit mellom lokale frivillige og det offentlige og sikre at barn og unge henvises videre til det offentlige hjelpeapparatet når problemene krever det. De lokale idrettslagene har en tilknytning til bydelene som er bygd opp over lang tid og de er bærer av kontinuitet i arbeidet i større grad enn det offentlige, ifølge respondenten fra barne- og familietjenesten.

Mulighetene er mange, men ideene og ønskene til våre respondenter peker ikke mot å samle oppavene i et senter eller enhet. Kommunen har et bredt spekter av kompetanse og tjenestesteder som det kan være naturlig å ta i bruk alt etter behov. I avveining mellom å samle aktiviteten ett sted eller å spre den ut i den ordinære virksomheten, pekte flere av våre informanter på at løsningen ligger et sted mellom ytterpunktene. Det meste må gjøres ute i det ordinære tjenesteapparatet, men noe må samles ett sted.

Folkehelseenhet? De må jobbes tverrsektorielt, men hvor skal vi plassere ildsjelene? En ildsjel alene brenner ut. Hvor kan vi plassere dem så de henter næring? Da blir det viktig å samle dem ett sted så vi får et kraftsenter for miljø, for likestilling, sykefraværet, kommunikasjon osv. Samtidig er det grenser for hvor mange slike spesialenheter man kan ha også. Det er en utfordring hvor vi skal plassere ildsjelene, driverne i folkehelsearbeidet osv.

I en periode hvor vi skal satse på noe, være spesielt obs på noe, da kan det være verdt å ha et slikt kraftsenter med noen ildsjeler som passer spesielt på dette. [...]

Kommunen må bli flinkere til å understøtte ildsjeler, og gjerne tenne noen ildsjeler også. Ildsjelene som sitter alene vil miste gløden. Derfor kan det være nyttig å knytte sammen ildsjeler i et nettverk eller på en felles arena (Rådmannsinstituttet).

Det respondentene uttaler seg om, er det som Mintzberg (1983) beskriver som dilemma knyttet til design av stillinger, grad av spesialisering og fordeling eller gruppering av oppgaver. Stor grad av horisontal jobbspesialisering øker behovet for koordinering og styring. Fordelene med spesialisering er god styring og koordinering, men det gir en mer rigid organisasjonsstruktur, og det kan føre til at andre enheter tar mindre ansvar for forebyggende

helsearbeid enn ønskelig. Ved å desentralisere myndighet får man en fleksibel organisasjon, som tar beslutningene tett på og der hvor innbyggerne bor i lokalmiljøet. Ulempen ligger i at det kan bli tatt andre beslutninger i tilsvarende sak mange steder i organisasjonen, og innbyggerne kan oppleve at det er ulikheter i tjenestetilbudet i forhold til bosted. Det finnes ikke entydige svar, og hver organisasjon må vurdere hva som betyr mest for sin organisasjon (Busch, 2009).

Det som sies i ovennevnte sitat om å ivareta ildsjeler er etter vår mening viktig ut fra samhandlingsreformens utfordring om å utvikle nye arbeidsformer og styrke det forebyggende helsearbeidet. Dersom ildsjelene blir sittende alene spredt rundt i organisasjonene er det lite sannsynlig at de bevarer gløden. Dette kan ivaretas enten ved å samle dem ett sted gjennom gruppering av oppgaver, eller man kan knytte dem til et nettverk for å stimulere spesialkompetansen deres. Det er vanskelig å se for seg at man kan få noen synergier av innsatsen dersom kompetanse og aktivitet er spredt og fragmentert uten strukturer som ivaretar samordning og strategisk planlegging. Et senter er neppe nødvendig, men noen strukturer trengs for at ildsjelene skal kunne inspireres av hverandre og næres av hverandres engasjement.

Det er ingen funn som entydig peker på organisering etter diagnose, men i noen tilfeller ønsker brukerorganisasjonene tilbud tilpasset spesielle diagnosegrupper. I andre situasjoner pekes det på muligheter for gruppering av oppgaver på tvers av diagnosegrupper. Oppgavens karakter og kontekst blir bestemmende for valg av fordeling av stillinger og gruppering av oppgaver.

Fordeling av myndighet (sentralisering – desentralisering) er et viktig tema i enhver organisasjon, men våre respondenter berørte dette i liten grad. Desentralisering av myndighet gir større fleksibilitet enn sentraliserte modeller.

I mange organisasjoner vil vi finne at fagkunnskapen ikke nødvendigvis sitter i toppen. Personer som utfører det daglige arbeidet, vil ofte ha de beste forutsetninger til å løse problemer som oppstår på egen arbeidsplass (Busch og Vanebo 2003, 163).

Trondheim kommune har en to-nivå-modell, og de kommunale enhetene utgjør et nettverk av likeverdige parter innad i organisasjonen uten at det finnes en instans med ansvar for samordning. Rådmannen koordinerer primært det forebyggende helsearbeidet gjennom planer og lederavtaler (kontrakter). Det blir viktig at partene kjenner sitt handlingsrom til å fatte beslutninger i møte med hverandre og at de som forventes å samarbeide har felles mål i lederavtalene (kontraktene).

Vi vil nå se nærmere på hvilken betydning *kompetansebehov* kan ha for fordeling av oppgaver innen forebyggende helsearbeid i kommunen. Det handler om fordeling av oppgave, men også om avveininger med hensyn til hvilken type kompetanse man skal utvikle.

Som vi tidligere har vært inne på, skal kommunen yte tjenester til alle ut fra behov på en likeverdig måte. Det betyr at kommunen må sørge for breddekunnskap hos de av sine ansatte som skal utføre mange oppgaver overfor flere målgrupper, men det vil aldri bli slik at alle kan gjøre alt. Noen ganger er det nødvendig å organisere tjenestene i spesialenheter eller legge til rette for organisasjonsstrukturer for å sikre forsvarlig kompetanse i forhold til bredden av kommunens ansvarsområder.

Når vi bruker begrepet *generalistkompetanse* sikter vi til breddekunnskapen i enheter med mange oppgaver. Siden det er bred enighet om at det meste av forebyggende helsearbeid skal skje lokalt, må de fleste enheter ha generalistkompetanse i forebyggende helsearbeid, det vil si kompetanse om de mest vanlige sykdommene i befolkningen i tillegg til kunnskap om forebygging og lokalkunnskap, inkludert kompetanse i å identifisere risikofaktorer i lokalmiljøet og hos den enkelte pasient eller bruker. Dersom det ikke er realistisk, må man lage lokale spesialenheter eller strukturer for forebyggende helsearbeid slik man for eksempel har gjort med helsestasjoner, som er enheter og Frisklivssentral, som er en struktur som er bygd opp i fysioterapitjenesten.

Som tidligere nevnt har brukerorganisasjonene påpekt at kommunens ansatte har for lite kunnskap om deres diagnosegruppe, dvs. mer dybdekunnskap. Balansering av breddekunnskap og dybdekunnskap er vanskelige avveininger, siden den ene formen for kompetanse gjerne går på bekostning av den andre. Spesialiseringen kan derfor være nødvendig. Spesialisering er bestemmende for bredden av oppgaver som tillegges en stilling eller enhet slik vi har vært inne på foran i kapittelet.

Spesialisering er nødvendig for få en stor organisasjon til å fungere. Hvis alle skal gjøre alt, ville det blitt svært uoversiktlig. Dessuten er spesialisering knyttet til kompetanse. [...] Spesialisering gjør det derfor mulig å utvikle høy kompetanse som er tilpasset de oppgavene som må utføres i et moderne samfunn (Busch og Vanebo 2003, 147).

Kommunene har valgt en form for gruppering av oppgaver eller jobbspesialisering etter hvilke tjenester enhetene eller de ansatte skal yte (tjenesteorganisering/tjenestemodell) som hjemmesykepleie, barne- og familietjenester, helsestasjoner, fysioterapitjeneste, legetjeneste eller ergoterapitjeneste, men det finnes også eksempler på målgruppeorganisering som for eksempel Ressurssenter for demens og Infosenter for seniorer som er tjenester til avgrensede grupper. Alle enhetene har ansvar for forebyggende helsearbeid.

Man kan snakke om *horisontal og vertikal jobbspesialisering*. Den vertikale jobbspesialiseringen handler om fordeling av oppgaver mellom nivå, for eksempel mellom et utøvende nivå og ledernivået. *Den horisontale dimensjonen* i jobbspesialisering handler om fordeling av oppgaver på samme nivå, for eksempel mellom fordeling av oppgaver mellom

yrkesgrupper som fysioterapeuter, ergoterapeuter, pedagoger, sykepleiere, leger med flere. Det kan også handle om spesialenheter som Frisklivssentralen.

Mintzberg (1983) viser til graden av spesialisering som et dilemma. Jo mer spesialiseringen, jo mer utfordrende blir det å ivareta koordineringen og helheten – ”hele mennesket”. Mange brukere trenger tjenester fra et bedt spekter av tjenester, og i forebyggende helsearbeid er som nevnt helhet og sammenhenger viktig. Stadig flere pasienter har sammensatte og komplekse lidelser.

Når pasienter har behov for sammensatte helse- og omsorgstjenester fra ulike virksomheter i spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og omsorgstjenesten, er ikke gode deltjenester bra nok. En må også forutsette god samhandling (St. meld. 47, 47).

Gjennomgående problematikk er - tenk helhetlig. Du har så mange eksempler på at vi behandler symptomer, diagnoser, sender hjem pasienter med medisiner, - resten av livet er kaos. Det gir svingdørspasienter (”Vårres” brukerstyrte senter).

Som vi ser er spesialiserings- eller grupperingsmulighetene svært store på det horisontale nivået, og det er gjerne sterke interesser som trekker i flere retninger også.

Det er jo litt av det samme ute der som vi har inne – vi vil ha en helsesøsteravdeling, en fysioterapeutavdeling, en ergoterapeutavdeling osv. i motsetning til et lærings- og mestringscenter. Jeg bruker å si - ”Tyngdekrafta er alltid vertikal”. Det horisontale eller tverrsektorielle er mye vanskeligere. Lettere å få til ting innenfor siloene våre med fordelene det har i forhold til fagutvikling og alt det der – vi skal ikke underslå det. Det er likens for brukerorganisasjonene der ute (Rådmannsinstituttet).

Sterke fagmiljø ønsker gjerne organisering i egne enheter, som vi ser – det handler også om muligheter for kompetanseutvikling og interesse for spesialisering innen sitt fagmiljø. Kommunen på sin side har behov for å samordne tjenester til brukere som trenger bistand fra flere. Når det er sterke interesser i en eller annen retning, tar interessentene i bruk makt for å oppnå det de ønsker, slik vi var inne på i kapittel 4-2. Dette skjer også ved fordeling av oppgaver fordi det berører faggruppenes verdier og identitet slik vi ser av sitatet ovenfor, og dersom det også kommer fordeling av økonomiske ressurser inn i bildet forsterkes gjerne maktbruken.

Generalistkompetanse om forebyggende helsearbeid er aktuelt for alle helseprofesjonene, men det kan også være behov for spesialisering på dette området. Frisklivssentralen er et eksempel på det. Den er tverrfaglig bemannet, noe som gir høy breddekompetanse (generalistkompetanse), og i tillegg spesialiserer de seg på forebyggende helsearbeid relatert til livsstilsproblematikk, røykeavvenning, kosthold, fysisk aktivitet og motiverende samtaler. Annen spesialkompetanse hentes inn ved behov. Lærings- og mestringsnettverket (LMS-nettverket) ser for seg en lignende modell. Hvor mye eller *hva* skal i så fall legges til LMS-nettverket, og hvor mye skal ligge ute i de andre tjenestene?

Når det gjelder samordningen av arbeidet finnes det som tidligere nevnt to hovedformer, vertikal og horisontal samordning. *Vertikal* samordning handler om at et høyere nivå i hierarkiet koordinerer og kontrollerer arbeidet til underordnede ved formell myndighet, regler og retningslinjer, og ved bruk av planleggings- og kontrollsystemer for å nå organisasjonens mål. I følge Bolman og Deal (2009) er folk atferd forbløffende uberørt av ordrer, regler og systemer, og det er derfor viktig å supplere vertikal samordning med horisontal samordning som formelle og uformelle møter, arbeide- og prosjektgrupper, stillinger eller avdelinger med samordningsansvar, matrisstrukturer og nettverk for å fylle tomrommet (Bolman og Deal 2009, 83).

Dette kapitlet har tatt for seg to tema. I spørsmålet om samling av oppgaver og ansvar ett sted kontra fordeling av oppgaver ut i enhetene kan vi *oppsummer svaret* slik: Våre funn tilsier tiltakene som oftest utføres lokalt der folk bor. Det er et bredt spekter av tjenester, kompetanse og arenaer som kommunen kan trekke veksler på ved utførelse av tiltak. Noen funksjoner og oppgaver foreslås samlet. Det handler primært om å ha en koordinatorfunksjon (både vertikal og horisontal samordning), et sted å henvende seg til og etablere møtepunkter for informasjonsutveksling og drøftinger.

Når det gjelder det andre hovedtemaet om *kompetansebehov og spesialisering* kan vi si at balanseringen mellom vertikal og horisontal jobbspesialisering er vanskelig, men det største dilemmaet innen forebyggende helsearbeid er knyttet til graden av horisontal jobbspesialisering. Høy grad av horisontal jobbspesialisering gir ikke nødvendigvis god kvalitet fordi det kan gå ut over breddekunnskapen. Men lite breddekompetanse er heller ikke et gode i dette tilfellet fordi det lett å overse viktige faktorer som man ikke har kompetanse på. Helheten krever breddekunnskap. Samtidig kan manglende dybdekunnskap i forebyggende helsearbeid medføre at denne oppgaven velges bort fordi man ikke har kunnskap nok til å se behovet. Sterk horisontal jobbspesialisering medfører fragmentering av tilbudet, noe som heller ikke skaper helhet fordi samme bruker kan ha behov for mange tjenester samtidig. Samarbeid og samordning blir derfor en utfordring som også handler både om strukturer og om kompetanse.

4.4.2 Oppgavefordeling mellom kommunen og frivillig sektor

Vi skal nå bevege oss fra problemstillinger ved organisering i kommunen til utfordringer knyttet til fordeling av oppgaver mellom kommune og brukerorganisasjoner i forebyggende helsearbeid. Som vi tidligere har vært inne på drives det mye forebyggende helsearbeid i regi av frivillige lag og organisasjoner som for eksempel brukerorganisasjonene, i tillegg til arbeidet i regi av offentlige instanser. Hvilke oppgaver skal kommunen ha ansvar for i henhold til lover og forskrifter, hva kan frivillige lag og organisasjoner utføre, hva kan overlates til markedet og hva kan gjøres i fellesskap?

Frivillig sektor består av et bredt spekter av organisasjoner, og som tidligere avgrensers vi oss til å se på brukerorganisasjonene. De er svært ulike, fra små organisasjoner uten eget lokallag, med knappe ressurser og uten tilsatte, til store organisasjoner som Kreftforeningen med egen lokal administrasjon og god økonomi.

Når det gjelder *oppgavefordeling i det forebyggende arbeidet* så er utgangspunktet for *kommunens ansvar* lagt i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og Folkehelseloven, men formuleringene der er som vi skal se runde, og ikke egnet for å avgrense det offentlige ansvaret alene. Det er verdt å merke seg at det forebyggende helsearbeidet i dag er preget av lite systematikk og oversikt over befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer, noe som gjør det vanskelig å planlegge arbeidet.

1. Kommunene må organisatorisk ruste seg til å ivareta forebygging på systemnivå, herunder bygge opp systemer som gir oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer for utviklingen av god og hhv. dårlig helse. Bedre oversikt er grunnlag for prioritering og evaluering i helsetjenester, samt at kommunens helsetjeneste kan bidra i kommunale planprosesser.

2. Spisse forebyggingsinnsatsen inn mot områder og med tiltak som gir dokumentert effekt og raskest mulig resultater i forhold til færre sykehusinnleggelse og mindre omfattende behandling. Dette vil kreve et opplegg for bedre identifisering og oppfølging av personer med høy risiko for utvikling av sykdommer (St.meld. 47, 29).

Også her ser vi at kommunens ansvar både er relatert til systemutvikling og forebyggende arbeid. Når det gjelder ansvaret til frivillige lag og organisasjoner som brukerorganisasjoner så ligger det i sakens natur at det er helt opp til dem hva de vil ta an ansvar og oppgaver. Deres ansvar som organisasjon er helt opp til medlemmenes vilje og interesse, ut over det ansvar som tilfaller enhver borger med hensyn til ansvar for å ivareta egen helse.

I oppgavefordelingen mellom frivillige lag og organisasjoner og kommune finnes det eksempler på oppgaver som har startet i en frivillig organisasjon og som senere ble overtatt som et offentlig ansvar. En av våre respondenter nevnte helsestasjoner for barn som et eksempel på dette, der det var Sanitetsforeningen som etablerte tilbudet i starten. Kreftforeningen nevnte at de hadde ett tilbud som de mente egentlig var et offentlig ansvar, et tilbud om støttesamtaler til personer i krise. Etter hvert har det blitt mer vanlig at kommunen i stedet for å overta en oppgave, yter tilskudd til organisasjonene for å støtte det forebyggende arbeidet.

En nettverkløsning innebærer i følge Busch m.fl. (2007) at organisasjonen (her kommunen) overfører en del av sine aktiviteter til eksterne samarbeidspartnere. Styringen blir utøvd gjennom kontrakter og samarbeidsavtaler som vi har vært inne på i forrige kapittel.

En mulighet med nettverksløsninger er at det gir rom for mer spesialisering. Som vi allerede har vært inne på er det allerede mange diagnosespesifikke mestringstiltak i regi av brukerorganisasjoner.

Kommunens ansvar for forebyggende helsearbeid i lovene er som nevnt rundt formulert og ikke klart definert. Derfor er det også komplisert å avklare ansvars og oppgavefordeling mellom kommune og brukerorganisasjonene eller andre frivillige lag og organisasjoner. Når må eksempelvis en treningsgruppe ledes av en kommunalt ansatt fysioterapeut, og når kan treningsgruppen overlates til en pensjonistforening, idrettslag eller en brukerorganisasjon? Når kan opplæring skje i regi av likemenn (andre personer med samme diagnose) i en brukerorganisasjon, og når må fagfolk på banen? Som både Diabetesforbundet og rådmannsinstituttet påpeker, finnes det eksempler på at brukerorganisasjonen har mer kunnskap om en diagnose enn en vanlig allmennpraktiserende lege eller sykepleier. Dersom samhandlingsreformens visjon om en mer bærekraftig utvikling av helsesektoren skal innfris, er det ingen god strategi å utvide det offentlige ansvaret, men det er opp til kommunen å avgjøre hvor sterk satsingen skal være og hva som skal prioriteres. Effekten av tiltakene kan være avgjørende for valg av løsninger. En av våre respondenter fra rådmannsinstituttet nevnte at overføring av oppgaver til frivillige lag og organisasjoner i noen tilfeller har ført til reaksjoner fra ansatte ut fra et verdisyn, hvor tillitsvalgte mener at dette er oppgaver som kommunen har ansvar for. Dette er et tema som er politisk ladet, og en endring av oppgavefordelingen kan gjøre det nødvendig å innhente bystyrets syn på saken.

Infosenteret for seniorer oppdaget en del udekte behov i befolkningen som de mente at kommunen ikke burde ta ansvar for, men som kunne overlates til privat eller frivillige sektor:

- vi ser behovet for småjobbsentraler, vaktmestertjenester, noen som kan ordne kraner ... småoppgaver som de eldre kan betale for framfor å benytte en rørlegger til mange tusen. Frivilligsentralen er gratis, men en sentral hvor de kan betale for tjenester er også aktuelt slik som ved bruktbuikken i Malvik. Folk er villige til å betale for tjenester, som du ikke har rett på. I framtida blir det flere eldre, og tilgang på helsepersonell blir vanskelig. Frivillige skal være et supplement til det offentlige (Infosenteret for seniorer).

Barne- og familiesenterets respondent var inne på en mulig oppgavefordeling mellom frivillige og offentlige tjenester der fagkompetanse var utgangspunktet. Han viste til at frivillige lag og organisasjoner av og til møter personer med problemer som de ikke er i stand til å håndtere, og at det offentlige da bør inn og ta et ansvar istedenfor å veilede de frivillige, noe som fort kommer i strid med taushetsplikten.

Frivillige skal inn på det universelle. Det offentlige må håndtere det selekterte. Når det gjelder etablerte vansker må vi inn. [...] Jeg har møtt idrettslag som har gått inn i behandling og ikke har et system klart som kan settes inn etterpå. Mange barn og unge får et tillitsforhold til de voksne i idrettslaget. Dette er voksne jeg kan snakke med.

(Det oppstår et) relativt profesjonelt forhold og - informasjon om hvem jeg skal kontakte, hva gjør jeg? Hvem skal jeg kontakte? Dette er ikke alltid til stede (Barne- og familietjenesten).

Med begrepet ”det universelle” vises det her til forebyggende helsearbeid med tidlig intervensjon gjennom *universelle* befolkningsrettede strategier, og begrepet ”det selektive” viser til *selektive* strategier mot utsatte grupper og områder. Situasjonen han her beskriver viser hvor utfordrende det kan være å samarbeide tett mellom kommune og frivillige. Det krever høy grad av profesjonalitet fra kommunens ansatte.

Vi har nå vært inne på hvordan kommunen kan fordele oppgaver innad i sin organisasjon, og hvordan man kan fordele oppgaver mellom kommune og frivillig sektor som til sammen utgjør *et nettverk med aktører* fra mange organisasjoner. Brukerorganisasjonene har presentert hva de kan bidra med og hva de forventer av samarbeidet, særinteresser og behov de har til felles med andre brukergrupper, som for eksempel de ulike belastningsproblemene som følger av det å leve med en kronisk sykdom, både for den som er syk og familien. Kreftforeningen peker på mange muligheter for samarbeid på disse områdene, og sier at kommunene bør bygge opp arenaer hvor de møtes og hvor kommunen kan utfordre dem til å tenke samarbeid.

Vår studie avdekte ingen klare prinsipper for ansvars- og oppgavefordeling eller ønsker om endringer, men vi fant noen indikasjoner:

- Frivillige lag og organisasjoner har ansvar for universelle tiltak til sine medlemmer og/eller for folk flest hvor kompetansebehovet hovedsakelig gjelder brukerkompetanse, personlige interesser eller lokalkunnskap.
- Brukerorganisasjonene bidrar med brukerkompetanse, råd og veiledning, og et stort nettverk av fagkompetanse relatert til den enkelte organisasjons diagnosegruppe.
- Kommunen har ansvar for oppgaver som faller inn under kommunalt ansvar etter loven, for eksempel ansvaret for å ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og påvirkningsfaktorer med konsekvens for helsetilstanden.
- Kommunen har ansvar for tiltak som krever fagkompetanse som kommunen har, for eksempel kunnskap om forebyggende helsearbeid eller behandling på generalistnivå.
- Kommunen har ansvar for å formidle informasjon om brukerorganisasjonenes arbeid og tilbud til pasienter som kan dra nytte av likemannsarbeid.
- Kommunen har ansvar for å etablere et samarbeid med brukerorganisasjonene om forebyggende helsearbeid.

Vi ser behov for en nærmere konkretisering av oppgavefordeling mellom kommune og brukerorganisasjoner, enten i form av nasjonale retningslinjer eller gjennom konkretiseringer i samarbeidsavtaler. Det vil dessuten være nyttig for kommunen å ha bedre systematikk og oversikt over befolkningens helsetilstand og kunnskap om påvirkningsfaktorer slik det

fremgår av folkehelseloven. Uten en slik oversikt er det vanskelig å planlegge arbeidet, og da også vanskelig å ta stilling til hvilke oppgaver som skal prioriteres i det offentlige og om oppgavene skal ivaretas internt eller hva som kan overlates til eksterne aktører, evt. velge samarbeidsformer.

4.4.3 utfordringer i et nettverk

Vi har vær inne på en del utfordringer ved oppgavefordeling mellom partene i forebyggende helsearbeid. Det handler om et mangfold av aktører som er mer eller mindre løst knyttet i et nettverk. Vi vil nå se på utfordringene som ligger i nettverk ut fra de kjennetegn som generelt preger nettverk. Lærings- og mestringsnettverket er en sentral del av nettverket, og vi bruker derfor i stor grad dette som eksempel. Når det gjelder styring av nettverket viser vi til neste kapittel. Her står selve nettverket og organiseringen av dette i fokus.

Selv om utfordringene er store, ligger det et stort potensial i dette mangfoldet av aktører. Partene står overfor oppgaver som de ikke kan løse alene, og ønsker å samarbeide på tvers av tjenesteområder og organisasjoner og samordne innsatsen inn mot de områdene hvor effekten er størst. Dette er et område med knappe ressurser, og det er derfor viktig å få mest mulig ut av de ressursene man har.

- det er så enkelt som at barn og unge i er alle sitt ansvar. Man kan ikke overlate barn og unge til offentlige etater, det er alle sitt ansvar. Vi må derfor samarbeide med lag og organisasjoner. Så enkelt er det. Felles ansvar at alle barn og unge har det bra. Et felles løft. Det er kanskje slik at det er frivillige lag og organisasjoner som kjenner sitt lokalmiljø best og derfor treffer mest presis. De setter i verk gode tiltak (Barne- og familietjenesten).

Utfordringen ligger i *hvordan* dette samarbeidet skal organiseres slik at utbyttet står i forhold til innsatsen. Som påpekt i forrige kapittel er det behov for bedre strukturer, systematisering og oversikt over hva man har, hvor svakhetene ligger og hvor potensialet er størst for å oppnå bedre utbytte av arbeidet. ”Strukturer er et grunnriss for mønsteret av forventninger og samhandling mellom interne deltakere (ledere, administratorer, underordnede) og eksterne interessenter (for eksempel kunder eller klienter)”, sier Bolman og Deal (2009, 76).

Virksomheten må organiseres slik at man kan trekke veksler på det brede spekteret av ressurser og kompetanse som finnes på dette området. Det går igjen hos våre respondenter at de synes det er vanskelig å se for seg hva som er en god form for organisering av det forebyggende arbeidet.

Det er vanskelig, jf. erfaringene med lederavtalene hvor vi ber eksplisitt om at lederne etablerer samarbeid med frivillige, så blir de lett opprødd – det er vanskelig å organisere seg. Det handler både om leie av lokaler, og grenseoppgangen med fagorganisasjonene, ideer om oppgaver med mere (Rådmannsinstituttet).

Lærings- og mestringsprosjektet (LMS-prosjektet) er et forsøk på å bygge opp strukturer for et nettverk. Lærings- og mestringsvirksomheten omtales ofte som et senter, lærings- og

mestrings*senter*, forkortet til LMS som har blitt et utbredt begrep. Dette har sannsynligvis bakgrunn i at LMS tradisjonelt *er* egne senter i spesialisthelsetjenesten. I den interkommunale prosjektbeskrivelsen brukes også begrepet senter, sjøl om man ser for seg en *nettverksmodell*. Etter det vi forstår er dette begrunnet i to forhold; at begrepet LMS er kjent og mye brukt, og at man ser for seg at man etter hver vil trenge en base eller adresse med en koordineringsfunksjon. De ser derimot ikke for seg ett fysisk sted eller lokale der man kan gå for å delta i lærings- og mestringskurs. Tiltakene tenkes gjennomført ulike steder alt etter hva tematikken er.

Siden det interkommunale LMS skal være en *nettverksmodell*, vil vi se nærmere på hva dette innebærer. Nettverk kjennetegnes av relativt *løse koblinger* mellom partene, og dette kan by på utfordringer fordi nettverket består av interorganisatoriske interaksjonsenheter som bindes sammen av gjensidig avhengighet og tillit og tar beslutninger på basis av forhandlinger (Jensen og Sørensen 2004). Det er ingen av aktørene som har instruksjonsmyndighet over de andre.

Et annet kjennetegn er at nettverk er mer eller mindre *selvorganiserte*. Med selvorganiserte nettverk menes at nettverk til en viss grad er *uavhengige* av omverden til å fatte beslutninger, bestemme hvilke tema som skal tas opp og hvem som kan tas opp i nettverket. LMS-nettverkets uavhengighet er begrenset. Hver deltaker står i et avhengighetsforhold til sin egen organisasjon som igjen har en koalisjon av interessenter å forholde seg til. De kommunale aktørene må være forberedt på relativt stor påvirkning fra de andre deler av den kommunale organisasjonen som sannsynligvis ønsker å påvirke innholdet i LMS-virksomheten eller delegere oppgaver til LMS. Dette kan bli en utfordring både fordi dette handler om nybrottsarbeid og fordi LMS er en liten aktør i det store kommunale tjenesteapparatet hvor flere har interesse av utviklingen av virksomheten. Helseforetakene kan også ønske å overføre ansvar for oppgaver til kommunens LMS, noe som kan bli en stor utfordring siden dette vil kreve tilførsel av ressurser. Faglig sett er LMS-virksomheten mer uavhengig, men kommunen har sjølsagt ansvar for å sikre faglig forsvarlighet. LMS-virksomheten vil etter hvert også bli regulert av samarbeidsavtaler mellom kommune og helseforetak. Handlingsrommet i nettverket ser imidlertid ut til å være relativt stort gjennom mandatet som er gitt. Samarbeidsforumet som er etablert bestemmer for eksempel hvilke tema som skal tas opp og hvem som kan tas opp i nettverket eller ekskluderes fra nettverket. *Uavhengighetsforholdene* kan likevel vise seg å bli en vanskelig balansegang for partene fordi kommunene i iveren etter å få mest mulig ut av samarbeidet med de frivillige, kan kvele engasjementet deres ved å bli for styrende. Dette vil vi komme tilbake til i neste kapittel.

At nettverk er *løst koblet* innebærer at det ikke er noen binding eller formell ramme mellom deltagerne, og nettverket må aktivt konstrueres og vedlikeholdes av deltagerne. Dette preger

dagens situasjon siden man er i en utviklingsfase, men vi ser samtidig at alle respondentene våre ønsker mer forpliktende samarbeidsforhold selv om det ikke er sagt eksplisitt at de ser for seg at dette også gjelder LMS-virksomheten.

Som en byråkratisk organisasjon er vi avhengig av å ha en viss forutsigbarhet, for eksempel over hvordan vi bruker ressursene. Jeg tror at dersom vi baserer oss for mye på ad hoc-ordninger vil det bli uhåndterbart. Overlater vi dette til de som har de høyeste ropene og de som er flinke til å drive lobbyvirksomhet til å få ressursene blir det ikke riktig. Vi er forpliktet til best mulig ressursutnyttelse (Rådmannsinstituttet).

Mye av samarbeidet mellom frivillige og kommunale tjenester er i dag *selvorganiserende* og *løst koblet* i den forstand at det i liten grad er systematisert i faste strukturer. Ett av målene med LMS-prosjektet er å systematisere arbeidet innen forebyggende helsearbeid.

Samarbeidsavtaler med brukerorganisasjonene er lite utbredt og det er økende interesse for dette, blant annet som en følge av sterkere statlig styring og at lokalpolitikere har samarbeid med frivillige lag og organisasjoner som et sentralt satsingsområde. Lederne har hatt et eget mål om dette i sin lederavtale de to siste årene. LMS-prosjektet nevner ikke samarbeidsavtaler, men har planer om å etablere en modell med faste samarbeidsstrukturer, i følge prosjektskissen (Trondheim kommune 2011).

Samholdskraften i et nettverk består av gjensidig avhengighet og tillit, noe mange av respondentene har påpekt. Dersom kommunen opptrer slik at brukerorganisasjonene ikke får et utbytte eller en belønning som står i forhold til innsatsen, vil de trekke seg ut. Aktørene velger å være i nettverket hvis det vil realisere deres mål. Aktørene må oppleve et vinn-vinn-forhold hvor alle parter vil oppnå noe de ellers ikke ville oppnådd alene.

Forutsigbarhet og troverdighet som aktør er viktig. Det er dette som er så skadelig med ad-hoc-tiltak. Det blir flopper. Avtaler skal være gjensidig forpliktende for begge parter (Rådmannsinstituttet).

Organisasjonens *eksistensgrunnlag eller misjon* ligger i samlingen av interessenter og deres engasjement i koalisjonen, dvs. alle bidrag og belønningsbalanser (Busch m.fl. 2007). Selv om utfordringene er store både i forhold til den relasjonelle delen av nettverkene, kontrakter og oppfølging av disse, viser vår studie at potensialet likevel stort i forhold til bygging av tillit til offentlige tjenester, til omdømme og troverdighet. Dersom man får bedre struktur på samarbeidet, ligger det også store muligheter til å stimulere det engasjementet som ligger i lokalbefolkningen til felles innsats på viktige områder. Men som Diabetesforbundet sier – ”det blir møter på møter, men det må skje noe etterpå, man må komme til handling”.

4.4.4 Styringsmuligheter i nettverk belyst ved LMS-nettverket

Vi har nå vært inne på utfordringer knyttet til organisering av forebyggende helsearbeid i kommunen, oppgavefordeling i nettverket og utfordringer som ligger i selve nettverket. Nå vil vi gå nærmere inn på styringsutfordringer og muligheter i et nettverk. Også her tar vi hovedsaklig utgangspunkt i LMS-nettverket.

Kommunen har som tidligere nevnt i beskrivelsen av det empiriske felt invitert til et nettverkssamarbeid gjennom LMS-prosjektet. Dette skaper forventninger om at deltagerne sammen skal kunne være med å utvikle det forebyggende arbeidet. Det vil handle om arbeidsdeling, makt og ansvar mellom det offentlige velferdsapparatet og brukerorganisasjonenes. Brukerorganisasjonene er representert gjennom et brukerutvalg i tillegg til deltakelse i prosjektgruppa som kan sies å være et nettverk av representanter fra de ulike interessentene og bestemmelsene om standard metode forvente innflytelse over utviklingen. En av våre respondenter fra Kreftforeningen sitter i brukerutvalget. Kommunen ønsker dialog med grupper som skal bruke tilbudet, og på den måten kan kommunen skaffe seg et bedre beslutningsgrunnlag basert på deltagerdemokrati, men også mobilisere til problemløsning i forhold til felles utfordringer.

Nettverk kjennetegnes som nevnt av at de er løst koblet. Det handler blant annet om at den ene parten ikke har styringsrett eller instruksjonsmyndighet overfor den andre. Dette kan være vanskelig for en organisasjon som en kommune som har behov for forutsigbarhet, og det handler som vi ser her også om ledernes kapasitet til å bygge opp og følge opp kontakten med deltakere i et nettverk.

Vi kan ikke lede de frivillige gjennom hierarkisk ledelse, og må da jobber mer gjennom verdier og etablering av tillit. To kulturer som møtes, kan bli vanskelig for en leder som er avhengig av faste strukturer. Det handler også om enhetsledernes begrensninger i forhold til nettverksbygging, dra rundt og delta på møter i nettverk. Staben kan være der, men for lederne er det mer begrenset (Rådmannsinstituttet).

Det handler om kontraktstyring, verdier og tillit, nettverkssamarbeid. Når man ikke kan styre via et hierarki, må man styre via verdier og tillit (Rådmannsinstituttet).

LMS-prosjektet i Trondheim er et samarbeid mellom Trondheim kommune og nabokommunene Klæbu, Midtre Gauldal, Malvik og Melhus og brukerorganisasjonene. Prosjektgruppa som er kjernen i nettverket er bredt sammensatt med representanter fra ulike tjenesteområder i kommunen. I tillegg er spesialisthelsetjenesten og brukerorganisasjonene med. Brukerrepresentantene er valgt av Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO) og Handikapforbundet som er brukerorganisasjonenes paraplyorganisasjoner. Det ble også gitt rom for deltakelse fra uavhengige organisasjoner som for eksempel Kreftforeningen. Dette er med andre ord et ganske stort nettverk. LMS-nettverket er relativt lite selvorganisert i og med at sammensetningen er gitt i prosjektskissen som er godkjent av rådmannsgruppa i

Trondheimsområdet. Men et visst handlingsrom er det, for eksempel til å knytte til seg flere representanter fra tjenesteapparatet eller brukerorganisasjonene.

De mange aktørene i nettverket tilsier at *samordningsutfordringene* må bli store. Bolman og Deal (2009) viser til at mange store selskaper har utviklet *interorganisatoriske nettverk* av horisontale forbindelser. I disse tilfellene har vertikal samordning blitt supplert og ofte erstattet av horisontale forbindelser. Slike selskaper er multisentrisk, dvs. at initiativ og strategiske utspill kommer mange steder fra og utvikles videre i et system av tallrike forskjellige partnerskap og samarbeidsavtaler. Dette kjenner vi igjen i det nettverket vi har studert, og da særlig lærings- og mestringscenteret som er multisentrisk i den forstand at hver av deltakerne i prosjektgruppen tar initiativ på vegne av sin organisasjon med ansvar for vertikal samordning innad i sin organisasjon og horisontal samordning gjennom prosjektgruppen.

Vi vil nå se nærmere på *styringsmulighetene* på dette området. Når vi har valgt å studere LMS spesielt, så handler det både om at dette er en sentral del av nettverket innen forebyggende helsearbeid, og at prosjektorganisasjonen har en struktur som kan være verdt å se nærmere på i et styringsperspektiv. Kun en av våre respondenter deltar i LMS-nettverket, og vi har derfor lagt vekt på dokumentstudier i tillegg til hans uttalelser, nærmere bestemt studie av prosjektskissen, en presentasjon fra en workshop ved oppstart av prosjektet og et notat om Standard metode som prosjektet arbeider ut fra.

I teorikapittelet beskrev vi to hovedformer for nettverksstyring: *metastyring* (styring av nettverk eller hands *off*-styring) og *samstyring* (styring i nettverk eller hands *on*-styring). LMS-prosjektet har elementer av begge styringsformene. Metastyring finner vi i form av etablering prosjektorganisering med fast etablerte utvalg med rådmannsgruppen i Trondheimsområdet som øverste styringsorgan. Som vi har vært inne på tidligere er handlingsrommet til de kommunale aktørene regulert gjennom politiske vedtak, prosjektsøknad og annen innflytelse fra det kommunale apparatet. De økonomiske rammene er gitt, og arbeidet følger prosessuelle former som er gitt for lærings- og mestringsvirksomhet. Standard metode i LMS-virksomheten er institusjonelle spilleregler som regulerer samarbeidet og preger diskursive, kognitive og normative forestilling om seg selv og andre.

Det finnes flere varianter av metastyring. Disse kan deles inn i "familier" som kan rettes mot den enkelte nettverksaktør (antall aktører, spredning, intern organisering, interesser, størrelse, læringskapasitet), eller mot relasjonene mellom dem (samarbeid, konkurranse, tillit, gjensidig kjennskap, senter-periferi-relasjoner). De fire familiene er den *legalistisk* familien, den *økonomiske* familien, den *kommunikative* familien og den *prosessuelle* familien (Jensen og Sørensen 2004).

Må ha flere tanker i hodet. Jeg tror ikke at man kan regulere samarbeidet i et nettverk gjennom en avtale alene, fordi både ledelse og nettverkssamarbeid baserer seg på tillit. Kulturkrasj i møte med en forvaltningskultur der plan- og bygningsloven sier noe om at du ikke kan bygge garasjen din som du vil. Hvis det er tillit, så er samarbeidsavtalen i beste fall et sikkerhetsnett eller en ramme (Rådmannsinstituttet).

Mye av samarbeidet med frivillige lag og organisasjoner har en tydelig hands off styringsform, ved bruk av økonomiske incitamenten som tilskuddordninger. De frivillige søker og tilskuddene tildeles etter gitte kriterier. Dernest blander kommunen seg ikke inn i organisasjonens bruk av pengene ut over krav om rapportering. Når det gjelder LMS-nettverket, så styrer ikke kommunen bare ved å regulere rammebetingelsene for prosjektet, de går i tillegg direkte inn i samarbeid om planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak (samstyring).

Selv om Standard metode for LMS (NK LMS 2011) har en intensjon om et likeverdig samarbeidsforhold, er det ikke å komme bort fra at kommunens representanter er i en sterkere maktposisjon enn brukerrepresentantene.

Det må oppleves like rettferdig for alle. Hvor store krav kan man stille til frivillige lag og organisasjonene? Det er jo litt "feige lag" som ungene sier, - vi er stor med en stor administrasjon, og de er små, og det må vi aldri glemme (Rådmannsinstituttet).

Skjevfordeling av makt kan være en styringsutfordring i et nettverk som for eksempel LMS hvor det er fem uavhengige kommunale parter i tillegg til brukerorganisasjonene, og hvor Trondheim peker seg ut som det sterkeste. Det er ikke inngått en juridisk bindende kontrakt verken mellom de fem kommunene eller mellom kommunene og brukerorganisasjonene etter det vi kan se av prosjektskissen. Dersom partene ikke oppnår det de ønsker fordi en av partene dominerer og misbruker sin maktposisjon, kan de trekke seg fra samarbeidet. Sjøl om maktfordelingen er skjev, består nettverket av formelt autonome og likeverdige parter som ikke har myndighet over hverandre. Å utøve makt på en effektiv måte krever legitimitet. Bruk av makt uten den nødvendige tillit eller legitimitet kan passivisere eller løse opp nettverket.

Aktørene kan som vi ser møte på utfordringer når det gjelder styring av LMS-nettverket, men partene har blitt enige om en struktur som er ment å sikre partene innflytelse og samtidig gi styringsmuligheter. Prosjektkoordinator som har den daglige driften er tilsatt av Trondheim kommune i forståelse med de andre partene. Det er vanskelig å bedømme kommunens legitimitet som styringsaktør ut fra det materialet vi har. Det nærmeste vi kommer er følgende uttalelse fra en av respondentene i Kreftforeningen som sitter i brukerutvalget:

Her er det jo spennende ting som skjer med det interkommunale lærings- og mestringscenteret. Der syns jeg vi blir veldig godt tatt i mot som brukerorganisasjon. Og jeg syns også det er et kjempebra opplegg med at vi (brukerutvalget, vår anmerkning) kommer inn før prosjektmøtene. Fin struktur i det (Kreftforeningen).

At brukerutvalget kommer inn før prosjektmøtene som det vises til her, henspeler på strukturen og rollene til de ulike utvalgene i prosjektorganiseringen, der brukerutvalget møtes før prosjektgruppemøtene for å gi anbefalinger til prosjektgruppen (nettverket) som legger føringer for videre arbeid.

LMS-virksomheten er ny for kommunene, og det er vanskelig å si hvordan utviklingen vil arte seg. Et problem som kan oppstå hvis man ikke tar sine forhåndsregler, er at noen av partene taper interesse for å delta, evt. at de blir passive deltakere som ikke tar et medansvar for å bidra til tiltakene. Dersom kommunen tar en dominerende rolle i nettverket, kan denne risikoen forsterkes. På den andre siden kan frivillige aktører føle seg manipulert til å gjøre jobben for kommunen dersom det instrumentelle perspektivet blir for sterkt fra kommunens side. Dersom ikke aktørene erfarer gjensidighet og har eget utbytte av deltakelse, vil de trekke seg ut av samarbeidet.

Uten tillit er avtalen lite verdt. Hvordan bygger vi tillit i nettverket og samtidig som man skal ivareta de demokratiske verdiene, og uten å smiske eller gjøre seg til "buddy" med de folkene, så skal vi samtidig inngi tillit? Nøkkelspørsmålet. Får de ikke tillit, gidder de ikke (Rådmannsinstituttet).

På bakgrunn av LMS-prosjektskissen ser kommunen ut til å velge en kombinasjon av metastyring og samstyring med hovedvekt på metastyring. Metastyring eller "hands off" er etter vår vurdering klokt ut fra at kommunen ønsker et lokalsamfunn som er i stand til å forebygge problemer og løse felles problemer med minst mulig innblanding.

Brukerorganisasjonene har allerede et bredt spekter av forebyggende tiltak som kommunen ikke har noe rett eller grunn til å blande seg bort i, etter det vi kan se.

De kommunale aktørene deltar i nettverket med delegert myndighet fra sine enheter på lik linje med de andre aktørene. Siden Trondheim kommune har en to-nivå-modell, har alle de kommunale aktørene rådmannen som felles overordnet instans, men seg imellom er de likeverdige aktører uten instruksjonsmyndighet i forhold til hverandre. I LMS-prosjektet er rådmannsgruppa styringsgruppe, men som nevnt har de ikke har instruksjonsmyndighet over andre aktører enn de kommunale, og tar de i bruk instruksjonsmyndigheten må de samtidig være oppmerksom på at det kan påvirke de eksterne aktørene i nettverket og deres interesse i å investere i samarbeidet. Dette taler for metastyring også overfor egne tjenester.

Med en to-nivå-modell med et mangfold av ulike tjenester som skal samarbeide, er det et viktig mål i seg sjøl å legge til rette for nettverkstyring. LMS står daglig overfor store samarbeidsutfordringer som både inkluderer interne og eksterne organisasjoner. Dette taler for at man hovedsakelig bør velge metastyring (hands-off) og et interaktivt perspektiv for å fremme aktørenes ansvarlighet og felles løsningskapasitet både overfor egne medarbeidere og eksterne samarbeidspartnere.

Kommunen tar i bruk kommunikatív metastyring gjennom informasjon i egen organisasjon om LMS og ved å invitere kommunene i Trondheimsområdet til å delta i en prosjektsøknad. Kommunene tar videre i bruk prosessuell metastyring ved at de tar initiativ til å etablere nettverket (invitasjon til deltakelse i nettverket). På den måten bidrar kommunen til å lage rammer og spilleregler for nettverket. Når det gjelder selve LMS-nettverket, så har kommunen i tillegg en aktiv rolle i nettverket gjennom samstyring (hands-on), i og med at de har tatt på seg ledelse og koordinatorrollen ved å oppnevne leder og koordinator for prosjektet (Trondheim kommune 2011). Ingenting tyder på at kommunen ikke har legitimitet som styringsaktør i dette nettverket etter det vi kan se, i og med at partene har sluttet seg til prosjektet, men tilliten må holdes ved like ved å sikre at alle aktører får noe igjen for å delta.

Ut fra et institusjonelt perspektiv har det offentlige (her kommunen) et ansvar som styringsaktør i et nettverk både fordi de har et juridisk ansvar som prosjekteier gjennom tildeling av offentlige midler til et bestemt formål, og et generelt forvaltningsansvar for å sikre offentlighet og demokratiske prosedyrer som ivaretar interessentene på området. De kommunale aktørene må imidlertid akseptere de eksterne nettverksaktørenes autonomi og det mandatet de har fra sine respektive organisasjoner. Overordnede beslutninger i samfunnet skal tas etter demokratiske prinsipper, og som offentlig aktør er det også viktig å sikre at interessene til mindre grupper ivaretas i fellesskapet på en demokratisk måte. Disse forholdene ivaretas ikke uten videre ved etablering av nettverk og må derfor sikres ved valg av styringsform, jf. rådmannsinstituttets uttalelse om at kommunen har en viktig rolle som moderator.

Hvis vi med styring mener samordning, så bør vi ha en sentral rolle. Det er jo veldig mange aktører som har en høyverdig rolle i forhold til sitt ståsted, men som ikke nødvendigvis er så formålstjenlig sett i en større helhet. ... Det må gå på samordning, for hvis vi blir for styrende, vil vi kvele alt initiativ og engasjement. Interessen for å drive med dette blir ødelagt om det blir for mye overstyring.[...] Bør heller ha en rolle som moderator enn som diktator. Det er veldig komplisert (Rådmannsinstituttet).

Formålet er viktig for valg av perspektiv når det gjelder styringsform. Hvert perspektiv har sine fordeler og ulemper, og det er derfor viktig å være seg bevisst på hvilket perspektiv man legger til grunn (Jensen og Sørensen 2004). Det er ingenting i veien for at man kan kombinere metastyring og samstyring dersom styringsformen har legitimitet og utøves i tråd med det partene er blitt enige om. Om de valgte styringsformene har legitimitet er det vanskelig å bedømme ut fra det materialet vi har til rådighet, men på generelt grunnlag er det grunn til å anta at problemer først oppstår først dersom styringsagenten favoriserer egen organisasjon.

LMS-prosjektet ser ut til å legge et interaktivt perspektiv til grunn i og med at de legger vekt på å identifisere, definere og utnytte mulighetene for å finne felles ståsted og vinn-vinn-situasjoner. Av prosjektskissen framgår det at de har et institusjonelt perspektiv i og med at de legger opp til diskusjoner om spilleregler og normer. Et interaktivt perspektiv kan i følge

Jensen og Sørensen (2004) velges dersom formålet er å øke lokale aktørers kollektive problemløsningskapasitet. Kommunen kan da holde seg mer tilbake og konsentrere seg om å fjerne hindringer, noe de ikke gjør i LMS-prosjektet hvor de er en sentral aktør også i selve prosjektet. Dersom det er viktig å sikre at løsningene skjer i henhold til bestemte standarder som for eksempel det man kaller standard metode for LMS, bør man velge et mer institusjonelt perspektiv, eller kombinere perspektivene, noe de etter vår vurdering også gjør.

Det er ingen selvfølge at styringsaktøren i nettverk skal være en offentlig instans. Hver og en av dem ville sannsynligvis vurdere styringsmulighetene forskjellig, og det er ingen jevn foredling av makt i nettverk, heller ikke i LMS-nettverket. Dersom man ønsker å øke engasjementet og demokratiet i befolkningen, bør man etter vår mening bidra til å styrke de andre aktørenes rolle og innflytelse i nettverket. I nettverkssammenheng kan *selvstyre* være en *forutsetning* for at aktørene investerer og vil delta, og i dette tilfellet gjelder det særlig de frivillige aktørene som kommunen ikke har styringsrett over. De kan fort trekke seg unna dersom det viser seg at de kommunale samarbeidspartene ikke har handlingsrom for å innfri ønskene deres i tilstrekkelig grad. Dersom brukerutvalget erfarer at det egentlig er andre aktører som bestemmer enn de som sitter i samarbeidsutvalgene, vil sannsynligvis engasjementet avta, og potensialet for å få noe ut av samarbeidet avtar. Det er nødvendig med et visst handlingsrom og selvstyre til å bestemme innholdet sammen med samarbeidspartene, og til å forhandle seg fram til god arbeidsfordeling i det daglige arbeidet, dersom de frivillige aktørenes skal ønske å investere i samarbeidet. Høy grad av selvstyre i nettverk er ikke nødvendigvis bare positivt. Det kan også svekke utbyttet av samarbeidet dersom deltagerne ikke opptrer ansvarlige for de beslutninger som fattes, eller ikke følger opp det de har lovet. Etter vår vurdering er ikke selvstyret høyt nok i LMS-nettverket til at dette er en stor fare, og kommunene har også ansvar for å sikre forsvarlighet. En av respondentene påpekte at kommunen bør få en rolle som moderator, mer enn en som styrer.

Samstyring (*hands-on*, styring i nettverket) krever aksept av nettverkets spilleregler. En styringsaktør kan søke å styre nettverket gjennom å bli en del av det, men kan ikke påberope seg autoritativ, hierarkisk posisjon i nettverket. Forsøk på dette kan resultere i at styringsaktøren mister sin legitimitet i nettverket eller at de andre mister tillit til vedkommende. Vi har ikke grunnlag for å vurdere LMS-nettverkets oppfatning av styringsformen ut over den ene respondentens kommentar foran, men det er generelt en vanskelig balansegang mellom hensynet til å opprettholde nettverkets spilleregler samtidig med en bevissthet fra styringsaktørens side om egne motiver som tilsier å styre nettverket i en viss retning.

Som nevnt kan styringsaktøren utøve både meta- og samstyring. Det som er viktig er at nettverket er uformelt organisert og styres gjennom spilleregler som *de selv* har diskutert seg fram til og som bidrar til tillit, kommunikasjon og reduksjon av usikkerhet. Dette er basisen i

den ikke-hierarkiske koordineringen av nettverket (Rhodes 2000). Mye taler likevel for at det blir den offentlige aktøren som blir styringsaktør fordi aktøren rår over større virkemidler enn de andre f.eks. i form avkompetanse og ressurser.

Når det gjelder styringsmuligheter av forebyggende helsearbeid i regi av frivillige lag og organisasjoner, så har kommunen tatt i bruk økonomisk styring gjennom tilskuddsordninger der forebygging er et formål med tilskuddet. Dette kan styrke det forebyggende arbeidet, men også styrke folks forventninger til hva kommunen skal ta ansvar for og indirekte bekrefte at dette er et kommunalt ansvar.

Utfordringene i samarbeidet har vært på økonomisida. Gjennom UngHiT skal lagene komme med forslag til forebyggende ting for barn og unge. Da søker de på ordninger, tilskudd. Viljen var raus til samarbeid. Når vi går ut med mulighet for å søke, da oppfattes det som vilje til å gjøre noe. [...] og så skuffelse over at alle skulle få, men slik ble det ikke. [...] Det var utfordrende å stå imot presset og fighte dette (Barne- og familietjenesten).

Økonomiske incitamenter kan virke stimulerende og gi kraft til samarbeidet dersom aktørene får økonomiske ressurser til å utbedre eventuelle fysiske eller sosiale møteplasser. Men økonomiske incitamenter til nye tiltak kan også føre til at behovet for forhandlinger kan økes kraftig i ”kampen om ressurser.”

Painter et al (1997) gir konkrete råd til lokale myndigheter:

They conclude local authorities should: conduct an audit of other relevant agencies; draw a strategic map of key relationship; identify which of their resources will help them to influence these other agencies; and identify the constraints on that influence (Rhodes 2000, 238).

Forebyggende helsearbeid har mange aktører som skal samarbeide, og styringen av arbeidet må derfor hovedsakelig skje i form av en eller flere former for nettverksstyring. Etter vår vurdering er det viktig å være oppmerksom på at forebyggende helsearbeid handler om å styrke innbyggernes evne til å ivareta egen helse, og det er derfor ekstra viktig at styringsformen er av en slik karakter at det stimulerer autonomien og engasjementet blant aktørene samtidig som den bidrar til felles forståelse og samordning av tiltak.

DEL 5: SAMARBEID MELLOM KOMMUNE OG FRIVILLIGE LAG OG ORGANISASJONER

5.1 Oppsummering av funn

I studien har vi hatt åtte intervjuer med i alt tolvrespondenter; to fra Kreftforeningen, en fra Diabetesforbundet, to fra "Vårres" brukerstyrte senter (psykisk helse), to fra rådmannsinstituttet i Trondheim kommune, to fra Infosenteret for seniorer, to fra Frisklivssentralen og en fra barne- og familietjenesten.

I tillegg har vi hatt dokumentstudier av relevante dokumenter i kommune, stat, nasjonale kompetansesenter og nettsidene til brukerorganisasjonene.

Vi vil her gå gjennom de mest sentrale funnene med utgangspunkt i det enkelte forskningsspørsmål.

I vårt første forskningsspørsmål ønsket vi å få kunnskap om verdigrunnlaget, hvilke verdier som eventuelt var felles for organisasjonene og hvilke verdier som var forskjellige. Vi ønsket også å vite noe om utfordringer som oppstår når verdiene er ulike og hvordan disse utfordringene håndteres av partene.

Forskningsspørsmålet omhandler de verdier som *preger* kommunens ansatte og de frivillige. Vi var ikke ute etter de offisielle verdier som vi kan lese om på nettsidene, men de verdier som respondentene opplevde som betydningsfulle i deres møte den annen part. Vi antok at det kunne være forskjeller mellom verdiene i offentlig sektor og blant frivillige. De har ulike oppdragsgivere med ulike mandat. Noen er fast lønnet og andre jobber på frivillig basis uten lønn. Noen av våre respondenter i den frivillige organisasjonen var fast ansatte.

Våre data viser at vi finner mange *felles verdier* mellom kommunen og frivillige organisasjoner, som pålitelighet og ansvarlighet, følge opp det man lover, være til å stole på, tillit og nestekjærlighet. Disse verdiene viser til væremåter vi har overfor hverandre. Andre felles verdier var kompetanse, brukermedvirkning, engasjement og entusiasme for arbeidet. Kompetanse er en verdi, som ble mye omtalt da det er et fundament i samarbeidet om tjenestetilbudet i kommunen, og en forutsetning for god kvalitet. Brukerkompetanse er en viktig verdi for brukerorganisasjonene fordi det er grunnlaget for at de har dannet en brukerorganisasjon, og de ønsker å samarbeide med kommunen om å ta i bruk denne kompetansen for å bedre behandlingstilbudet i kommunen. Brukermedvirkning er en verdi som er nedfelt i den nye helse og omsorgsloven, og sammen med fagkompetansen skal det sikre faglig utvikling av tjenestetilbudet i kommunen og sikre det faglige tilbudet til den enkelte bruker. Mye nytenkning og innovasjon i det forebyggende arbeidet vokser fram av

personlige interesser og engasjement, og drives fram av ildsjeler i offentlig sektor og i brukerorganisasjoner.

Når det gjelder *verdier som skaper utfordringer* mellom kommunen og de frivillige, er det byråkratiske verdier som *rettssikkerhet, tilgjengelighet for alle, likhet og rettferdighet*. Brukerorganisasjonene forstår og respekterer disse verdiene, men de er også utfordrende å forholde seg til for dem. Det kan føre til, som våre respondenter viser til, at det blir mye møter, at det tar for lang tid før det tas noen avgjørelser og ting settes ut i livet. Engasjementet som de har til felles, dabber av hos de frivillige når *man hele tiden måtte vektlegge objektivitet og ansvarlighet før handlinger settes ut i livet*, som en respondent uttrykte det. Noe av den manglende handlingsevnen hos kommunalt ansatte kan skyldes at offentlig ansatte må sikre administrativ og politisk forankring, og at dette ikke kommuniseres godt nok med de frivillige.

Partene kunne oppleve at de var uenige om verdier, men det utviklet seg ikke til konflikter. Når partene heller ikke har samarbeidsavtaler, jfr. forskningsspørsmål 3, som beskriver hva de skal oppnå av fellesløsninger, er de ikke så tett bundet opp til hverandre at det oppstår konflikter. Flere av respondentene viste til at de ikke ønsker å legge seg på en konfrontasjonslinje da de tror at de ikke oppnår noe ved en slik handlemåte, men at det kan være delte meninger blant medlemmene i de frivillige organisasjonene på dette spørsmålet.

Håndtering av verdiutfordringene skjer gjennom god kommunikasjon og gjennom å diskutere seg fram til felles målsetting. Kommunikasjonen bør bygge på verdier som respekt, likeverdighet, raushet og toleranse.

Forskningsspørsmål to omhandler makt og interesser. Respondentene har felles interesser i å ha innflytelse på og kunne påvirke *samfunnsutviklingen*. Samhandlingsreform viser til nødvendige grep for å skape en bærekraftig utvikling. Et av grepene er at kommunen sammen med frivillige skal satse mye sterkere på det forbyggende helsearbeidet for å forebygge at sykdom som overvekt, kols, diabetes kreft og psykiske lidelser utvikler seg og trenger behandling. Kommunen og brukerorganisasjonene har ulike roller i samfunnsutviklingen. Kommunen har en lovpålagt oppgave som samfunnsutvikler både når det gjelder lokaldemokrati og tjenesteyting til innbyggerne, og brukerorganisasjonene er samfunnsaktører med sterke interessegrupper. Det er i alles interesse at innbyggerne viser engasjement og har ønske om innflytelse over utvikling av lokalsamfunnet. Engasjement er viktig av demokratiske hensyn, men også fordi frivilliges organisasjoner fungerer som vaktbikkjer. De representerer medlemmene og vil fremme deres interesser.

Kreftforeningen har formidlet at de har interesse av å utvikle aktiviteter for barn og unge, gjennomføre mestrings- og livsstilskurs, fremme de frivilliges rolle ved Frisklivssentralen, likemannsarbeid og generelt frivillig arbeid. Også andre organisasjoner ønsker å delta

sammen med kommunen om ulike kurs, opplærings- og informasjonsvirksomhet. Både kommunen og de frivillige organisasjonene deler interessen av å rekruttere flere til frivillig arbeid.

De frivillige organisasjonene har en *egeninteresse* av å fremme sine medlemmer sine interesser, som ikke trenger å være sammenfallende med kommunen sine interesser. Kommunene har i liten grad målgruppeorganisering, men organiserer seg i forhold til tjenester som tildeles etter individuelle behov. Kreftforeningen og Diabetesforbundet ønsker spesielle ordninger for å ivareta sine målgruppers spesielle behandlingstilbud. Organisasjonene har forståelse for kommunens organisering, men de holder likevel fast ved sin ide om stillinger øremerket sin målgruppe. Organisasjonene har stor innflytelse. De besitter kunnskap som offentlig sektor ikke har, noen av dem er økonomisk sterke. De har store medlemsmasser med *stor innflytelse* på kommunens omdømme, og de er lokale og sentrale politiske aktører som kan påvirke byråkratiet og tjenesteapparatet gjennom politiske prosesser. Kommunen på sin side fremmer sine interesser gjennom sin tjenesteproduksjon, i direkte møte med brukerne og gjennom forvaltningsapparatet fra administrasjon til politisk beslutning.

Kommunens interesse for samarbeid med frivillige er i liten grad styrt av økonomiske interesser, i følge uttalelse fra rådmannsinstituttet. Fokuset er rettet mot en felles interesse for å bidra til bedre helse for byens innbyggere. Det er ikke planlagt å overføre ansvar for oppgaver til frivillige lag og organisasjoner, men tilbudet fra brukerorganisasjonene skal komme som et supplement til det offentlige tilbudet.

En analyse av interessene til de ulike aktørene er en forutsetning for å skape forståelse og engasjement for fellesløsningene, og alle interessentgruppene har et bidrags- og belønningsforhold i organisasjonen. Vår studie viser at det bare unntaksvis er avklart hvilke interesser partene har i samarbeidet, og det er ofte uklart hvilke mål man arbeider etter.

Her ligger det med andre ord et potensial til forbedringer av samarbeidet. Selv om utgangspunktet for samarbeidet er fellesinteressene, bør man også være villig til å gå inn i konfliktområder. Dette krever gode kommunikasjonsferdigheter og kunnskap om forhandlinger, og det krever at man har inngått avtaler om samarbeidsstrukturer som kan håndtere interessekonflikter.

I vårt tredje forskningsspørsmål ønsket vi å få innsikt i muligheter og utfordringer som er knyttet til utviklingen av samarbeidsavtaler mellom partene. Mange av respondentene har tatt til orde for sterkere formalisering av samarbeidet og mer bruk av skriftlige avtaler ut fra et ønske om sterkere forpliktelser mellom partene. Samtidig understreket flere at i noen situasjoner fungerer samarbeidet godt uten avtaler. Vi var interessert i å få fram opplysninger om hvilke situasjoner som tilsa behov for skriftlige avtaler. Oppsummert er skriftlige avtaler iht. våre respondenter nødvendig

- når målet med samarbeidet må tydeliggjøres,
- når det er snakk om verdier som tilskudd, prosjektmidler, bruk av lokaler,
- når det er snakk om store og komplekse systemer hvor man er avhengig av flere forhold for å få tiltakene til å fungere,
- når man er avhengig av prosess og forpliktelser over tid,
- når samarbeidet krever systematikk,
- når ansvar må tydeliggjøres og
- når roller må avklares og oppgaver fordeles

De punktvis oppsummeringene er sentrale berøringspunkter mellom viser behovet for avtaler. Avtalene skal imidlertid ikke regulere frivillige lag og organisasjoners frie rolle i samfunnet.

Proessen med utarbeidelse av avtaler framheves som viktig av våre respondenter. Samtidig hevder de at man ofte hopper over viktige deler av prosessen og går direkte på tiltak. Enkelte respondenter peker på at det er for *lite kunnskap* om hvordan man skal arbeide på dette området. Det ligger utfordring i alle stadier i forberedelsen av forhandlinger og i selve forhandlingsprosessen. Gjennom forhandlinger har partene en mulighet for å diskutere seg fram til forståelse og klarhet om bidrag og belønninger.

Ønsket om sterkere formalisering av samarbeidet kan etterkommes ved bruk av *kontrakter* eller inngåelse av *partnerskapsavtaler*. Ut fra respondentenes opplysninger vurderte vi ulike alternative kontrakter og partnerskapsformer. Institusjonelle partnerskap er vurdert som best egnet for den delen av det forebyggende helsearbeidet som preges av kompliserte problemstillinger og mange aktører, mens relasjonskontrakter er best egnet der det er få parter og enklere problemstillinger. Disse to formene for avtaler har mye til felles. Funnene peker imidlertid på alt det aldri vil bli mulig å ha avtale om alle forhold i en avtale, men det er viktig å fokusere på de relasjonelle sidene ved samarbeidet, bygge tillit og forståelse mellom partene.

En av utfordringer er *transaksjonskostnadene* ved bruk av avtaler. Det tar tid å lage dem hvis de skal bli velfungerende, og de må følges opp, evalueres og evt. sies opp. Dette viser også at det er behov for å utvikle kompetanse på området slik at man må gjøre nybrottsarbeid hver gang, som en av respondentene sier. Transaksjonskostnadene må stå i forhold til forventet utbyttet av samarbeidet, sett i forhold til hva man kan oppnå uten slike avtaler.

Under forskningsspørsmål fire har vi tatt for oss fire hovedtema; *organisering av forebyggende helsearbeid* i kommunen, fordeling av oppgaver mellom kommune og frivillige lag og organisasjoner (brukerorganisasjoner), utfordringer som ligger i nettverksmodeller og i *styring* av nettverk.

Våre funn tilsier tiltak i forebyggende helsearbeidsom oftest utføres lokalt der folk bor. Det er et bredt spekter av tjenester, kompetanse og arenaer som kommunen kan trekke veksler på ved utførelse av tiltak. Noen funn tilsier imidlertid at *følgende funksjoner og oppgaver samles*. Det er en adresse å henvende seg for til, koordinering og arena for å møtes for informasjonsutveksling og drøftinger.

Kompetansebehov og spesialisering viser en vanskelig balansering mellom vertikal og horisontal jobbspesialisering når det gjelder forebyggende helsearbeid. Å se helheten krever ofte breddekunnskap i tillegg. Samarbeid og samordning blir en utfordring som både handler om strukturer og om kompetanse.

Vår studie avdekte ingen klare prinsipper for ansvars- og oppgavefordeling eller ønsker om endringer, men vi fant noen indikasjoner, som vi vil omtale i neste kapittel, Veien framover.

Det kan være behov for en nærmere konkretisering av oppgavefordeling mellom kommune og brukerorganisasjoner. Det vil dessuten være nyttig for kommunen å ha bedre systematikk og oversikt over befolkningens helsetilstand og kunnskap om påvirkningsfaktorer slik det fremgår av folkehelseovens § 5 for å prioritere riktige og effektive tiltak.

5.2 Veien videre

Vi har konkludert med at det er mye til felles når det gjelder verdigrunnet og felles interesser mellom kommunen og frivillige organisasjoner. De utfordringer eller spenninger som ligger der, kan partene leve med og håndtere. De kan forhandle, inngå kontrakter eller partnerskap om fellesløsninger og forøvrig jobbe uavhengig av nettverket i forhold til det mandatet de har eller tar relatert til myndighet eller til sine interessegrupper.

Vi vil peke på to tema når det gjelder utfordringer og muligheter i samarbeidet mellom kommune og frivillige organisasjoner om forebyggende helsearbeid, som kan ha betydning framover. Først og fremst gjelder det å avklare de *prinsipielle forhold knyttet til oppgavefordeling* mellom kommune og frivillige organisasjoner, og som kan komme til å involvere lokale politiske myndigheter. Videre at kommunen etablerer en form for *struktur* på samarbeidet med frivillige ved at de frivillige kan henvende seg et sted, at det initieres et samarbeid, foretar en interessentanalyse, forhandler, inngår avtaler og følger opp avtalene.

Felles utgangspunkt for samarbeid om oppgaver er livsstilskurs, lærings- og mestringskurs. rekruttering av frivillige, aktivitetstilbud til barn og unge, informasjonsvirksomhet om diagnosegrupper og ulike tilbud til barnehager og skoler. Ut fra lover og forskrifter er dette oppgaver som kommunen skal utføre, og loven oppfordrer til samarbeid med frivillige lag og organisasjoner og brukerrepresentanter. Det er også i medlemmenes interesse at brukerorganisasjonene utfører disse oppgavene.

Vi vil vurdere følgende alternative modeller for framtidig organisering:

1. Kommunen kan sette ut oppgavene til en frivillig organisasjon, og at det følger ressurser med til å utføre oppgavene.
2. Kommunen kan overlate oppgaven til en frivillig organisasjon uten at det følger ressurser med til å utføre oppgaven.
3. Kommunen kan samarbeide om oppgaven i et nettverk med frivillige, og partene blir enige i form av en kontrakt eller partnerskap om hvem som gjør hva.

I den første modellen kan kommunen opptre som en bestiller, og den frivillige organisasjonen kan være en utfører av den kommunale oppgaven. Bestiller – utførermodellen er en mye brukt form i "New Public Management", den økonomiske søylen som retter oppmerksomheten på marked og økonomi (Busch m.fl. 2005). Det betinger at de frivillige organisasjonene har nødvendig kompetanse til å utføre oppgaven, og ifølge våre informanter har de skaffet seg denne kompetansen. Som forskere har ikke vi en oversikt over hva det kan medføre av ressurser, som skal overføres til en frivillig organisasjon som tar oppdraget, men kommer beløpet opp mot et bestemt beløp, skal oppdraget ut på et anbud i henhold til reglene for offentlig anskaffelse. Det innebærer at organisasjonene må konkurrere på pris og på kompetanse, og komme med et anbud, som kommunen vurderer. En slik konkurranse vil sikre at kommunen kan vurdere mellom ulike tilbud. En ulempe med denne formen er at det medfører transaksjonskostnader i form av å utarbeide et anbudsdokument, rådgivning i prosessen, behandling av søknader, utforming av kontrakter eller partnerskap og kontrollsystemer for å følge opp. Saken bør sannsynligvis også til politisk behandling. Det vil også medføre transaksjonskostnader for den frivillige organisasjonen, og det blir en vurdering om hvorvidt de vil bruke ressurser på dette eller bruke ressursene til tiltak direkte rettet mot sine medlemmer.

En annen modell er at kommunen aksepterer og legger til rette slik at frivillige organisasjoner får tilgang på møteplasser, lokaler, fagsamlinger eller deltar i kommunens kursprogram med sine frisklivskurs, lærings- og mestringskurs og kan gjennomføre program i barnhager og skoler. Dette kan gjennomføres med mindre transaksjonskostnader, for eksempel med noen planleggingsmøter hvor kommunen får presentert innholdet i kursvirksomheten. Dette alternativet kan legges til rette uten at det blir konkurranse mellom de frivillige organisasjonene. Vi antar at de frivillige ikke ønsker å konkurrere seg imellom, men heller vil styrke hverandre og "spille hverandre gode."

Den tredje modellen er et nettverkssamarbeid mellom kommunen og de frivillige hvor partene har forhandlet seg fram til en avtale, deltar sammen på kursene, alle parter stiller opp med

sine ressurser, og at samarbeidet organiseres slik at tilbudet blir forutsigbart og oppgavene fordeles nettverket imellom.

Uavhengig av hvilke modeller en velger bør kommunen etablere en struktur på samarbeidet med de frivillige. Dersom en går for modell en, må det være en bestillerenhet i kommunen for å håndtere oppgaven. Det antar vi finnes da kommunen har lang erfaring med å kvalitetssikre offentlige anskaffelser. Strukturen på samarbeidet med de frivillige bør ivareta de oppgaver som våre informanter formidlet i studien. Det var et sted å henvende seg, som har kompetanse på å forhandle, inngå avtaler og følge opp avtaler.

Det er sterke føringer fra myndighetene på at kommunen og de frivillige organisasjonene skal samarbeide tettere for å fremme god helse og redusere sykdom. Det er behov for å forske på effekten av de tiltak som iverksettes i kommunen, i de frivillige organisasjonene eller gjennom et nettverk mellom partene. Vil man endre sin atferd eller mestre man bedre å leve med sin sykdom etter å ha deltatt på lærings- og mestringskurs og fått informasjon og økt kompetanse om sin sykdom.

Gjennom studien har vi fått ny innsikt i muligheter og utfordringer som ligger i samarbeidet mellom kommune og frivillige organisasjoner om forebyggende helsearbeid. Gjennom analyse av funnene har vi fått kunnskap om samarbeidspartners verdigrunnlag og interesser, herunder verdier og interesser som kan danne grunnlag for planlegging av samarbeid og valg av ulike samarbeidsformer. Det store mangfoldet av aktører i forebyggende helsearbeid skaper utfordringer når det gjelder organisering av arbeidet, men i dette mangfoldet ligger også muligheten til å utvikle nye tilbud og samarbeidsformer.

Referanseliste

- Aiken, Mike. 2001. Keeping Close to your values: Lessons from a Study Examining How Voluntary and Co-Operative Organisations Reproduce Their Organisational Values, Open University (by web 14/2/2007) <http://technology.open.ac.uk/cru/NCVO%20Paper.pdf>
- Andersen, Ole Johan og Asbjørn Røiseland. (red). 2008. *Partnerskap. Problemløsning og politikk*. Bergen: Fagbokforlaget
- Argyris, Chris og Donald A. Schön, 1978. *Organizational learning: A Theory of Action Perspective*. London: Addison-Wesley Publishing Company
- Argyris, Chris. 1990. *Bryt forsvarsrutinene. Hvordan lette organisasjonslæring*. Oslo : Universitetsforlaget/Prentice Hall International.
- Barnard, Chester Irving. 1938. *The Function of the Executive*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Beck Jørgensen, Torben. 2003. Konturene af en offentlig identitet. red. I: *På sporet af en offentlig identitet: værdier i stat, amter og kommuner*. Beck Jørgensen, T. Århus: Århus Universitetsforlag,
- Beck Jørgensen, Torben og Barry Bozeman (2003). Det offentlige verdiunivers. Dets bestanddele, struktur og afgrænsning. I: *På sporet af en offentlig identitet: værdier i stat, amter og kommuner*. Beck Jørgensen, T. Århus: Århus Universitetsforlag, s.39-78
- Bolman, Lee G. og Terrence E. Deal. 2009. *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse*. 4.utg. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Brookes, Stephen og Keith Grint. 2010 *The New Public Leadership Challenge*. Houndmills, Basingstoke, Hampshire. New York: Palgrave Macmillan.
- Brundtlandkommisjonen. 1987. Rapport. *Vår felles framtid*. Verdenskommisjonen for miljø og utvikling
- Busch, Tor og Jan Ole Vanebo, 2003. *Organisasjon og ledelsen. Et integrert perspektiv*. 5.utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Busch, Tor, Erik Johnsen, Stein Jonny Valstad og Jan Ole Vanebo. 2007. *Endringsledelse i et strategisk perspektiv*. Oslo : Universitetsforlaget.

- Busch, Tor, Erik Johnsen, Kurt Klaudi Klausen og Jan Ole Vanebo. (red). 2005. *Modernisering av offentlig sektor. Utfordringer, metoder og dilemmaer*. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget
- Christensen, Søren og Poul Erik Daugaard Jensen. 2008. *Kontrol i det stille. Om magt og ledelse*. 3.utg. Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur.
- Chrzanowska, Joanna. 2002. *Interviewing Groups and Individuals in Qualitative Market Research*. London : Sage.
- Dahl, Robert A. 1957. The Concept of Power. I *Behavioral Science*, 2/1957, pp.201-15
- Folkehelseloven. LOV 2011-06-24 nr 29: Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)
- Gressetvold, Espen og Dag Strømsnes. 2007. Offentlig-privat-samarbeid (OPS) – et virkemiddel for effektivisering? Red. I *Modernisering av offentlig sektor. Utfordringer, metoder og dilemmaer* T.Busch, E. Johansen, K.K.Klausen og J.O.Vanebo. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gross, Sue og Paul Traplett. 2010. Partnerships: Rhetoric or Reality? Red. I *The New Public Leadership Challenge*, S.Brookes og K.Grint. s. 263-279 Houndmills, Basingstoke, Hampshire, New York: Palgrave Macmillan.
- Helsedirektoratet 2011. *Strategi på tidlig intervensjon*. Nettsideartikkel <http://www.helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/rusmiddelarbeid-i-kommunen/forebygging-og-tidlig-hjelp/Sider/default.aspx>
- Helsedirektoratet 2011. *Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering og organisering*. IS-1896
- Helsedirektoratet, 2003. *Veileder for kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjon og skolehelsetjeneste, veileder til forskrift av 3. april 2003*. IS-1154
- Helse- og omsorgstjenesteloven. LOV 2011-06-24 nr 30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Hjorthol, Lars Martin. 2011. *Nok til alle? Sosiale ytelser og velferdsgoder kuttes over hele Europa. Hvor lenge kan Ola og Kari forbli i paradiset?* Tidsskriftet Gemini nr.1-2011. Publisert 23.februar 2011. Utgitt av NTNU og Sintef
- Holme, Idar Magne og Bernt Krohn Solvang. *Metodevalg og metodebruk*. 1996. Oslo: Tano
- Jacobsen, Dag Ingvar. 2005. *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* 2.utg. Kristiansand S: Høyskoleforlaget.

- Jensen, L. og Eva Sørensen. 2004: *Nettverk – fra vilkår til verktøy for styring og demokrati*. London : Sage
- Koppenjan, Joop F.M. og Erik-Hans Klijn,. 2004. (eds.) *Managing uncertainties in network*. London : Routledge.
- Kickert, Walter., Erik-Hans Klijn. og Joop Koppenjan. 1997 (eds.): *Managing complex networks: strategies for the public sector*. I Jensen og Sørensen 2004. *Nettverk – fra vilkår til verktøy for styring og demokrati*. London : Sage
- Kreftforeningen: *Sammen mot kreft*. Blad 1-11.
- Kreftforeningen.no. <https://nettsoknad.kreftforeningen.no/forskning/calls/call.jsp?cid=201>
Søknadsportal.
- Kvale, Steinar og Svend Brinkmann. 2009. *Det kvalitative forskningsintervju*. 2.utg. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Lerdal, Anners og May Solveig Fagermoen. (red.). 2011. *Læring og mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- March, James G. og Johan P. Olsen. 1979. *Ambiguity and choice in organizations*. Oslo: Universitetsforlaget
- Mayntz, Renate.1991. *Modernization and the logic of interorganizational networks, Discussion Paper 91/8*, Cologne: Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung.
- Mintzberg, Henry. 1983. *Structure in Fives. Designing Effective Organizations*. Englewood Cliffs, NY: Prentice Hall
- Murdock, Alex. 2010. *The Challenge of Leadership for the Third Sector* i Brookes, (ed.) *The New Public Leadership Challenge*. S. Brookes og K.Grint,.
- Nielsen, Jens Carl Ry. 2004. *Fra nærhet til distanse og tilbake igjen. Om å analysere sin egen organisasjon I Dugnadsånd og forsvarsverker. Tverretatlig samarbeid i teori og praksis*. Repstad, P. (red). Oslo: Universitetsforlaget
- NK LMS (Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring). 2011. Notat. *Arbeidsmåten i lærings- og mestringssentrene: Standard metode 2011-versjon*. (mestring.no)
- NOU 2003:1. *Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten*. Helsedepartementet.
- NOU 2003:19. *Makt og demokrati (maktutredningen)*. Arbeids- og administrasjonsdepartementet.

- Nyeng, Frode. 2004. *Vitenskapsteori for økonomer*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Pfeffer, Jeffrey. 1992. *Managing with power: Politics and influence in organizations*. Boston, MA: Harvard Business School Press.
- Rhodes, R.A.W. 2000, *Governance and public administration*, red. I: *Debating governance*. Pierre, J. Oxford, UK: Oxford University Press
- Rognes, Jørn K. 2010. *Forhandlinger*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Røiseland, Asbjørn. 2008. Kan institusjonelle partnerskap skapes og styres? Red. I *Partnerskap. Problemløsning og politikk*, red.O.J. Andersen og A. Røiseland 2010. Bergen: Fagbokforlaget
- Saxi, Hans Petter. 2008. Partnerskapets Janusansikter. I *Partnerskap. Problemløsning og politikk*, red. O.J. Andersen og A. Røiseland 2010. Bergen: Fagbokforlaget
- Schein, Edgar H. 1987. *Organisasjonskultur - og ledelse. Er kulturendring mulig?* Oslo: Libro Forlag.
- Scott, W.R. 1992. *Organizations. Rational, natural and open systems*. 3,utg. Englewood Cliff, NJ: Prentice Hall
- Scott, W. Richard. 1995. *Institutions and Organizations*. Thousand Oaks: Sage.
- Similä, Jan Ole. 2006. *Kontraktsledelse. Et bidrag til økt konkurransekraft*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Similä, Jan Ole. 2010. *Kontraktsledelse. Relasjonen mellom virksomhetsledelse og kontrakthåndtering, belyst via fire norske virksomheter*. Publikasjon fra Høgskolen i Nord-Trøndelag. Ph.D. serie 9:2010.Stjørdal.
- St.meld.nr.47 (2008-2009), *Samhandlingsreformen*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.meld. nr.39 (2006-2007), *Frivillighet for alle*. Kultur- og kirke departementet.
- St.meld.16 (2010-2011).Melding til Stortinget. *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<http://www.regjeringen.no/pages/16251882/PDFS/STM201020110016000DDDPDFS.pdf>
- Sørensen, Eva og Torfing, Jacob. 2005. The Democratic Anchorage of Governance Network. *Scandinavian Political Studies* Vol. 28(3): 195-218.
- Trondheim kommunes. 2005. Brosjyre om brukerråd; *Brukerråd – hva da?*
<http://www.trondheim.kommune.no/brukerrad/>

Trondheim kommune 2010. *Frisklivssentralen. Årsrapport 2010.*

Trondheim kommune 2011. *Kommuneplanens samfunnsdel.*

<http://www.trondheim.kommune.no/planer/>

Trondheim kommunes nettside 28.04.2011. *Vil ha tettere kontakt med brukerrepresentantene.*

[http://www.trondheim.kommune.no/content/1117700615/Vil-ha-tettere-kontakt-med-brukerrepresentantene.](http://www.trondheim.kommune.no/content/1117700615/Vil-ha-tettere-kontakt-med-brukerrepresentantene)

Trondheim kommune, 2011. Retningslinjer for tilskudd til frivillige organisasjoner. (Nettside:

<http://www.trondheim.kommune.no/content/1117698034/Retningslinjer-for-tilskudd-til-frivillige-organisasjoner>)

Trondheim kommune, 2011. *Temaplan for frivillighetspolitikk 2012-2016.*

Trondheim kommune 2011, *Interkommunalt lærings- og mestringssenter, prosjektsøknad/prosjektskisse.*

Trondheim kommune 2011, *Verdiplattform for samarbeid med frivilligheten i Trondheim kommune.* Arkivsaksnr.: 10/47624.

Walker, Bruce og Howard Davis. 1999. Perspectives on Contractual Relationships and the Move to Best Value in Local Authorities. *Local Government Studies*, Vol.25, No.2, pp. 16-37.

Yin, Robert K. 2009. *Case Study Research: Design and Methods.* Volum 5. London: Sage