

Offentlig folkehelse- arbeid og idretts- og helseideologien

Folkehelsekoordinatorers erfaringer av samarbeid med frivillige idrettslag

Anne Tjønn dal

Fakultet for samfunnsvitenskap, Nord universitet
Forfatterkontakt <anne.tjonndal@nord.no>

Abstract

Public health work and the sport-health ideology: The experiences of public health coordinators on collaborating with volunteer sport organizations

The idea that sport participation is a necessary part of a healthy lifestyle (the sport-health ideology) is one of the most socially pervasive ideas in modern western societies. The sport-health ideology presupposes that there is a linear correlation between sport and health, and that this correlation always is positive. This idea has proven to be persistent in European sport and welfare policies. The following study explores how the sport-health ideology is expressed in the narratives of public health workers in Norway as they discuss collaborative efforts with voluntary sport clubs. The material is derived from 24 interviews with employees in the public health sector at a municipality level in Norway. The analysis demonstrates how collaborations with volunteer sport clubs are perceived as a resource in public health work, particularly when the target groups are children and youth. Furthermore, the material illustrates how the informants talk of sport as something homogenous and health promoting, with potential to contribute to reduced social inequality in health. These narratives show how the connection between sport participation and health is taken for granted, and how the sport-health ideology shapes the perception of volunteer sport clubs as potential public health agents.

Key words: health, volunteer sport organizations, sport, public health, sport-health ideology

Utjevning av sosiale forskjeller i fysisk aktivitet antas å kunne redusere store utgiftsposter i samfunnets velferdsregnskap. Reduksjon av sosiale forskjeller i helsefremmende adferd som fysisk aktivitetsnivå har vært på den politiske agendaen i flere tiår, og utgjør en betydningsfull del av nasjonal velferds- og folkehelsepolitikk (Meld. St. 19 (2014-2015); Meld. St. 20 (2006-2007); Helsedirektoratet 2015; Meld. St. 34 (2012-2013)). Dette har sammenheng med at personer som oppfyller Helsedirektoratets anbefalinger (2014) om daglig fysisk aktivitet kan forventes å leve lengre, ha bedre livskvalitet og være lykkeligere sammenlignet med inaktive personer (Hillman, Erickson & Kramer, 2008; Penedo & Dahn, 2005; Breivik, 2013). Fra et samfunnsøkonomisk perspektiv anslås det at velferdsstaten kan spare tre millioner kroner i helseutgifter for hver person som går fra å være inaktiv til å bli aktiv (Sælensminde, 2007; 2008). Helsedirektoratet (2014) estimerer selv at dersom den delen av befolkningen som ikke tilfredsstillt deres anbefalinger om daglig fysisk aktivitet blir aktive, kan man oppnå en helsegevinst på 239 milliarder kroner per år. På individnivå estimeres det at fysisk aktivitet i tråd med myndighetenes anbefalinger over en periode på førti år vil kunne gi seks ekstra leveår med god helse (Rafoss & Tangen, 2017; Rafoss & Troelsen, 2010).

Troen på at idrettsdeltakelse er en viktig del av en fysisk aktiv og sunn livsstil er en av de mest vedvarende ideene i det moderne samfunn (Malcolm, 2018), og omtales ofte som 'idretts- og helseideologien' i idretts-sosiologisk forskning. Sammenhengen mellom idrett og helse ble forsterket etter at Verdens helseorganisasjon (WHO) i 2003 publiserte dokumentet *Health and Development through Physical Activity and Sport* som understreket at idrett hadde «tremendous opportunity to contribute to the promotion of public health» (WHO, 2003: 112). Gjennom dette og andre dokumenter har WHO gitt organisert idrett en tydelig posisjon innen helse og medisin (WHO, 2011; 2012). Den etablerte troen på at idrett er helsefremmende kan videre eksemplifiseres ved at det i perioden 2000–2009 ble identifisert over 130 nasjonale politiske dokumenter i Europa som fremhevet folkehelse som et overordnet mål med idrettsdeltakelse (Malcolm, 2018).

Selv om deltakelse i idrett kan være helsefremmende, på lik linje med andre former for fysisk aktivitet, er det problematisk å ukritisk fremme en sammenheng mellom god helse og deltakelse i idrett. Det er flere grunner til det. For det første er ikke all idrettsaktivitet helsefremmende. Noen idretter involverer høy risiko for alvorlig skade og dødsfall. Ekstreme livsstilsidretter som klatring og skikjøring i utfordrende natur er

et eksempel på dette (Beames, Mackie & Atencio, 2019). Kampsport er et annet eksempel. Det sportslige spiller også inn på hvor helsefremmende aktiviteten er. Eksempelvis involverer toppidrett ofte stor risiko for alvorlige, og i noen tilfeller livsvarige skader (Daspher, 2013). Sammenhengen mellom idrett og helse kan også kritiseres fra et kommersialiseringsperspektiv. I dag er det vanlig med kommersiell sponing av idrett av selskaper som selger helseskadelige produkter. Det fremste eksempelet på dette er kanskje når selskaper som Coca-Cola og McDonalds promoterer de Olympiske Lekene (Mansfield & Malcolm, 2014). En siste kritikk omfatter at idretts- og helseideologien gjør god helse til individets personlige ansvar, uten å ta hensyn til hvordan sosiale ulikhetsforhold påvirker folks fysiske og psykiske helsetilstand (Safai, 2007: 2008). Disse kritiske perspektivene viser at forholdet mellom idrett og helse er langt fra lineært. Likevel er idretts- og helseideologien dominerende i internasjonal (Anderson & White, 2017) og norsk velferdspolitik (Meld. St. 26 (2011–2012)). I Norge medfører dette blant annet at Norges Idrettsforbund (NIF) regnes som offentlig sektors viktigste samarbeidspartner for implementering av folkehelseiltak rettet mot fysisk aktivitet (Hovden, Bakke og Solheim, 2015).

Rollen frivillige idrettslag spiller i arbeidet med å redusere sosial ulikhet i helse er svakt dokumentert (Enjolras & Wollebæk, 2010; Hutchinson et al., 2013). Skille (2008; 2009; 2010) har tidligere studert hvordan frivillige idrettslag opplever implementeringen av den folkehelsefokuserende offentlige idrettspolitikken. Denne artikkelen bygger på dette og bidrar til kunnskapsfeltet om implementering av norsk idrettspolitik ved å studere relasjonen mellom organisert idrett og folkehelse fra offentlig sektors perspektiv. Nærmere bestemt utforsker artikkelen hvordan idretts- og helseideologien kommer til uttrykk blant offentlige ansatte i folkehelsesektoren på kommunalt og fylkeskommunalt nivå. Konkret undersøker artikkelen følgende problemstillinger:

1. Hvordan erfarer offentlig ansatte folkehelsekoordinatorer samarbeid med frivillige idrettslag?
2. På hvilken måte gir folkehelsekoordinatorenes forventninger og opplevelser av samarbeid med frivillige idrettslag uttrykk for idretts- og helseideologien i norsk idretts- og velferdspolitik?

I neste del av artikkelen presenteres en kort gjennomgang av tidligere forskning på samarbeid mellom frivillige idrettslag og offentlig sek-

tor. Dette følges av en gjennomgang av artikkelens analytiske rammer: idretts- og helseideologien og sentrale handlingslogikker i norsk offentlig sektor og den frivillig organiserte idretten, før metodisk fremgangsmåte for studien beskrives. Deretter følger artikkelens analyse og avsluttende konklusjon.

Samarbeid mellom frivillige idrettslag og offentlig sektor

Samarbeid mellom offentlig sektor og frivillige idrettslag har en lang tradisjon i Norge, men de siste tiårene har begge disse sektorene gjennomgått betydelige endringer (Tjønndal, 2018). Offentlig sektor står ovenfor endringer i form av nye styringslogikker gjennom New Public Management (NPM) og neo-liberalistiske idealer (Holmen & Ringholm, 2019). Samtidig opplever frivillige idrettslag en sviktende dugnadskultur (Wollebæk & Sivesind, 2010), økt profesjonalisering og alvorliggjøring av deltakelse i idrettsaktivitet (Stefansen, Smette & Strandbu, 2016; Strandbu et al., 2017). Det kan tenkes at endringene i offentlig sektor og frivillig organisert idrett medfører at relasjonen mellom sektorene er annerledes nå, kontra for en generasjon siden, og at det derfor også er behov for nye samarbeidsformer mellom organisert idrett og offentlig folkehelsesektor. Det er flere studier som har tematisert samarbeid mellom frivillige idrettsorganisasjoner og offentlig sektor med henblikk på sosial inklusjon og andre folkehelseformål. Blant annet har norske idrettsforskere stilt spørsmål rundt hvorvidt statlige velferds- og folkehelsepolitiske mål er forenelig med idrettens konkurransefokus og prestasjonsorienterte handlingslogikk (Bergsgard, 2016; Skirstad, 2012; Loland, 2012).

I tidligere forskning er samarbeid mellom organisert idrett og offentlig sektor først og fremst studert fra frivillige idrettslags perspektiv (f.eks. Archetti, 2003; Skille, 2008; 2009; 2010; Skille og Waddington, 2010). Skille (2009) har studert forholdet mellom politiske føringer og praksis i frivillige idrettslag, og poengterer at de frivillige idrettslagenes motivasjon for å inngå i samarbeidsprosjekter med det offentlige bare delvis kan forankres i velferdspolitiske formål. Videre fremgår det av Skilles studier at de frivillige idrettslagene ofte både er motivert og har interesse av å utvikle aktivitetstilbud med formål om økt sosial inklusjon, i tråd med statlige politiske føringer, men at oppgaven med å organisere og opprettholde slike aktivitetstilbud er for krevende for de frivillige i

idretten (Skille, 2009; Skille & Waddington, 2006). I en annen studie fra idrettslagenes perspektiv fremhever Skille (2010) at offentlig sektor ikke bør forvente for mye av frivillige idrettslag når det gjelder realisering av velferdspolitiske mål knyttet til å redusere sosial ulikhet i helse. Dette begrunnes både med konkurransefokus i organisert idrett, og begrensningene idrettslagene har når det gjelder tilgang på menneskelige ressurser i form av de som engasjerer seg frivillig i norsk idrett (Skille, 2008; 2010). Ifølge Skille (2008) må offentlig sektor også ta større hensyn til lokale kontekster, begrensninger og karakteristika ved de frivillige idrettslagene de ønsker å inngå samarbeid med for å oppnå vellykkede samarbeidsprosjekter med idretten.

Få tidligere studier har undersøkt denne relasjonen fra offentlig folkehelsesektors perspektiv (Tjønndal, 2018). Denne artikkelen søker å bidra til forskningsfeltet gjennom å vektlegge de offentlige ansatte i folkehelsesektorens perspektiv på relasjonen mellom idrett og helse, og tverrsektorielt samarbeid med frivillige idrettslag.

Idretts- og helseideologien, offentlig sektors styrings- og tilsynslogikk og idrettens handlingslogikker

På 1900-tallet var de helsefremmende effektene av idrettsdeltakelse først og fremst forbundet med danning og karakterbygging, og ikke med fysisk helse, utseende eller å forhindre utbredelse av livsstilsrelaterte sykdommer (Malcolm, 2018). I dag er forholdet mellom idrett og helse i større grad knyttet til medisin (Waddington & Murphey, 1992). Det er disse nære båndene mellom idrett, helse og medisin som ofte kalles 'idretts- og helseideologien', og det er gjennom dette ideologiske perspektivet har idrett fått en sentral posisjon innen nasjonal og internasjonal velferdspolitikk (WHO, 2003; 2011; NIF, 2015; 2019a; 2019b).

Fremveksten av idretts- og helseideologien har ifølge Malcolm (2018) ført til en ensidig tro på at det å delta i idrett alltid er positivt og helsefremmende uavhengig av ulikhetsdimensjoner som sosioøkonomisk bakgrunn, alder og kjønn. En fallgrube ved dette ideologiske ståstedet er at fysisk aktivitet og idrett blir gjort til synonyme begreper, hvor den organiserte konkurranseidrettens særegne egenskaper forsvinner. En forlengelse av en slik forenklet tankegang om fysisk aktivitet/idrett er at 'idrett' omtales som noe enhetlig hvor det ikke skilles mellom ulike idrettsaktiviteter. Er det for eksempel like helsefremmende å drive med

skihopp og kampsport som langrenn og svømming? Den homogene beskrivelsen av 'idrett' fører også til at distinksjonen mellom mengde og intensitet i idrettsdeltakelse faller bort. Her blir det å drive med idrett noe som alltid er bra, og noe man på generelle basis anbefaler folk å delta hyppigere i, uavhengig av individuelle faktorer (Daspher, 2013).

Malcolm (2018) argumenterer for at idretts- og helseideologien har blitt så fremtredende at vi sosialiseres inn i denne resonnementet om den lineære og positive sammenhengen mellom idrett og helse. Denne ideologiske tankegangen vil derfor også påvirke helsepersonell, politikere og offentlige ansattes syn på idrett, helse og offentlig folkehelsesektors samarbeid med frivillige idrettslag. Dette er besværlig dersom det fører til en forskyvning av ansvar for god helse over på individet, eller dersom frivillige idrettslag tilleggs urealistisk høyt ansvar for folkehelsefremmende arbeid (Skille, 2009; 2010; Tjønndal, 2018).

For å utforske hvordan idretts- og helseideologien kommer til uttrykk hos offentlige ansatte i folkehelsesektoren vil jeg her utdype to handlingslogikker som er fruktbare for å analysere sammenhengen mellom idrett og helse i de offentlige ansattes syn på samarbeid med frivillige idrettslag: offentlig sektors styrings- og tilsynslogikk og den frivillige idrettens handlingslogikker.

Offentlig sektors styrings- og tilsynslogikk

Siden midten av 1990-tallet har New Public Management (NPM) vært den herskende styringslogikken i norsk velferdspolitik (Ekeland, 2015). Logikken har markedsmodeller og privat sektor som forbilde (Berg, 2006) og et sentralt element i NPM er en forskyvning av makt fra profesjon og fag til administrasjon og økonomi (Ekeland, 2015). Tanken bak er at ressursene skal forvaltes bedre gjennom insentiver som skal disiplinere og motivere de ansatte, noe som oppnås gjennom måling av effektivitet og resultatindikatorer (Eriksen, 2001). Dette tankesettet er basert på en logikk om at både kvalitet og økonomisk effektivitet kan fremmes gjennom markedsmodeller og konkurranse (Ekeland, 2015). I en slik handlingslogikk blir idrett som forebyggende folkehelsearbeid omgjort til produksjon, noe som blant annet medfører økende krav til dokumentasjon og måling av effektene av offentlig sektors samarbeid med frivillige idrettslag. Implikasjonene av en slik handlingslogikk er at et sentralt mål er at denne 'produksjonen' skal bli forutsigbar, effektiv og standardisert.

En konsekvens av NPM er økt fokus på kvalitetssikringstiltak i offentlig sektor. Dette medfører blant annet implementering av ulike former for overvåkning av praksis. Ekeland (2015) bruker begrepene *accountability* og *transparens* for å beskrive denne endringen i offentlig sektors handlingslogikk. Med andre ord er det ikke lengre tilstrekkelig å ha rutiner for kvalitet, men disse skal nå dokumenteres slik at man kan evalueres av andre. Slik handler *accountability* ikke bare om ansvarlighet, men også om at hver og en har ansvar for å skape den dokumentasjon som trengs for å bli holdt ansvarlig (Ekeland, 2015). Denne handlingslogikken har medført at stadig flere innovative teknologier rettet mot dokumentasjon har trengt inn i ulike praksisfelt, slik at hendelsene der kan objektiviseres og gjøres transparent – og tilsynslogikken blir en del av styring (Ekeland, 2015).

Den frivillige idrettens handlingslogikker: prestasjon versus velferd

Den organiserte idretten blir ofte beskrevet som preget av to motstridende handlingslogikker – en prestasjonslogikk og en velferdslogikk (Skille, 2008). Det er velferdslogikken som først og fremst danner grunnlaget for den organiserte idrettens statlige støtte i Norge (Solheim, Bakke & Hovden, 2016). Det er likevel ikke slik at det er velferdspolitikken som engasjerer de frivillige i idrettslagene, noe Skilles studier av utfordringene med idrettslag som «policy implementers» for nasjonale velferdsformål eksemplifiserer (2008; 2009; 2010). Ofte vil det være prestasjonslogikkens fokus på sportslig utvikling av talenter som engasjerer de frivillige og dominerer i idrettslagene (Loland, 2012).

Selv om det ofte hevdes at «topp skaper bredde» i idretten, er det lite forskning som dokumenterer denne påståtte sammenhengen (Hanstad, 2011). Den organiserte idrettens to handlingslogikker forstås derfor som til dels motstridende, hvor den ene knyttes til toppidrett og ekskludering (prestasjonslogikken), mens den andre forbindes med breddeidrett og inkludering (velferdslogikken). Der prestasjonslogikken ekskluderer og selekterer for å dyrke frem idrettstalentene og de topprestasjonene på internasjonalt nivå, søker velferdslogikken å aktivisere flest mulig gjennom å skape en åpen og inkluderende idrettsbevegelse (Hanstad, 2011). Eksklusjon trenger ikke uttrykkes eksplisitt i denne sammenheng, men kan komme implisitt gjennom praksiser i idretten som topping av lag og uttak til satsningsgrupper, kretslag og lignende. Disse motstridende handlingslogikkene utgjør et misforhold mellom statlig idrettspolitikken

og måten idrett organiseres og praktiseres på (Bergsgard, 2016; Loland, 2012).

Metode

Artikkelen baserer seg på kvalitative intervju av offentlige ansatte folkehelsekoordinatorer i Nordland fylke. I det videre beskrives utvalg, metodisk fremgangsmåte for datainnsamlingen og analyseprosessen.

Utvalg

Folkehelsekoordinatorerne i 24 kommuner i Nordland er intervjuet til denne undersøkelsen. Et strategisk utvalg ligger til grunn for rekrutteringen av informantene. Kriteriene for utvalget var 1) både nye og erfarne folkehelsekoordinatorer, 2) kommuner fra alle regionene i fylket, 3) små, store og mellomstore kommuner, og 4) både ledere og ansatte i folkehelsesektoren. Med dette utvalget ønsket jeg å sikre et vidt spenn av ståsted og erfaringer av samarbeid mellom offentlig sektor og frivillige idrettslag lokalt og regionalt. Informantene representerer store, små og mellomstore kommuner, by og bygd. Det er stort spenn i alder (fra 26 til 66), utdannings- og arbeidsbakgrunn blant folkehelsekoordinatorerne som er intervjuet. Det er også stor variasjon i hvor stor stillingsprosent hver enkelt kommune har satt av til folkehelsekoordinatorer som ressurs (fra 20% til 100%) og hvordan denne stillingen organiseres i kommunen. I noen kommuner er folkehelsekoordinatorer underlagt seksjon for helse, mens i andre kommuner er stillingen knyttet sentraladministrasjon eller næring og utvikling. Alle informantene er anonymisert med pseudonymer i teksten. En beskrivelse av informantene følger i tabell 1.

TABELL 1. *Beskrivelse av informantene*

<i>Pseudonym</i>	<i>Kjønn</i>	<i>Al-der</i>	<i>År i offentlig stilling</i>	<i>Utdanning/ Arbeidsbakgrunn</i>	<i>Stillingsprosent</i>	<i>Nærmeste leder i kommunen</i>
Jorunn	Kvinne	61	6	Helsefag	100%	Rådmannen
Amalie	Kvinne	59	10	Sykehjem/ Helsefag	20%	Rådmannen
Markus	Mann	41	10	Gymlærer	20%	Rådmannen
Christer	Mann	66	2	Privat næringsliv	50%	Rådmannen

Adrian	Mann	60	34	Lærer	40%	Rådmannen
Lene	Kvinne	30	1/2	Fysioterapeut	50%	Helse og sosial
Siv	Kvinne	41	2 mnd.	Samfunnsøkonomi	50%	Rådmannen
Bente	Kvinne	35	5 år	Fysioterapeut	60%	Kommuneoverlegen
Trude	Kvinne	28	2 mnd.	Master i Bevegelsesvitenskap	100%	Stab. Hos administrasjonssjefen
Mona	Kvinne	37	4 år	Sykepleier/helsesøster	50%	Rådmannen
Kristin	Kvinne	34	5	Fysioterapeut	40%	Helse
Esten	Mann	52	13	Annen kommunal stilling	50%	Helse
Steinar	Mann	29	5 år	Bachelor idrett og friluftsliv	50%	Helse
Maria	Kvinne	47	8 år	Sykepleier	50%	Helse
Helena	Kvinne	28	1 år	Bachelor i folkehelse	100%	Rådmann
Line	Kvinne	46	6 år	Matteknolog	100%	Helse og sosial
Knut	Mann	39	4 år	Bachelor idrett, master i ledelse	50%	Kultur
Håvard	Mann	42	2 år	Master helsevitenskap	100%	Næring og utvikling
Nina	Kvinne	50	3 år	Cand.polit. (sosiolog)	100%	Helse og omsorgssjef
Veronika	Kvinne	26	2 år	Master i folkehelsevitenskap	100%	Næring, plan og utvikling
Augusta	Kvinne	55	4 år	Vernepleier, videreutd. Psykisk helse	50%	Rådmann
Hedda	Kvinne	50	7 år	Fysioterapeut	20%	Rådmann
Elisabeth	Kvinne	36	1 år	Master folkehelsevitenskap	50%	Kommuneoverlege
Carina	Kvinne	52	4 år	Klinisk ernæringsfysiolog	100%	Leder helsefremmende/forebygging

Gjennomføring av intervju

For å utforske hvordan offentlige ansatte i folkehelsesektoren erfarer samarbeid med frivillige idrettslag som en del av offentlig folkehelsearbeid utviklet jeg en semistrukturert intervjuguide med tre overordnede tema: folkehelse lokalt og utfordringer i kommunens folkehelsearbeid, idrettens rolle i offentlig folkehelsearbeid og samarbeid med frivillige idrettslag. For å sikre at informantene hadde mulighet til å uttrykke både positive og negative erfaringer av samarbeid med frivillige idrettslag lokalt og regionalt var spørsmålene i intervjuguiden åpne, formulert med den hensikt å få innsikt i deres profesjonelle erfaringer, uten å være ledende. Eksempelvis med spørsmål som «Hvilke erfaringer har du av samarbeidet mellom kommunen og frivillige idrettslag?». Dette ble fulgt opp med mer konkrete spørsmål som «hvilke samarbeid med frivillige idrettslag opplever du som positive for kommunens folkehelsearbeid? Hva fungerer godt i disse samarbeidsrelasjonene?» og «Hvilke samarbeid har vært utfordrende? Hva gjord disse samarbeidene utfordrende?». Hensikten med denne typen spørsmål har vært å skape et nyansert materiale av folkehelsekoordinatorers erfaringer av samarbeid med frivillige idrettslag.

I arbeidet med å sikre informert samtykke fra informantene ble informasjonsbrev og samtykkeerklæring sendt ut via e-post i forkant av intervjuene. Intervjuene hadde en varighet på ca. 50-90 minutter og ble gjennomført i perioden september 2016 – februar 2017. Alle intervjuene ble transkribert og informantene er anonymisert. Undersøkelsen er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), og jeg har forholdt meg til de etiske retningslinjene for databehandling som NSD har gitt meg.

Forskerståsted og analyse

Forskerens bakgrunn og ståsted vil alltid påvirke forskningsprosessen. Uansett hvor grundig og godt man følger retningslinjer for forskningsetikk og vitenskapelige prosedyrer klarer vi aldri å hviske ut alle spor av menneskelig subjektivitet (Moi, 2004). I kvalitativ forskning er det vanlig å håndtere denne erkjennelsen ved å redegjøre for sitt eget ståsted og bakgrunn – sin forskerrefleksivitet (Widerberg, 2007). Som idretts-sosiolog er jeg en del av det kritiske forskningsblikket på idretts- og helseideologien i europeisk velferdspolitik. Arbeidet med å håndtere egen forutinntatthet og forventninger med utspring i faglig bakgrunn er en

krevende prosess i et hvert kvalitativt prosjekt (Widerberg, 2007). I dette prosjektet har jeg håndtert dette gjennom et grundig arbeid med intervjuguiden og spørsmålene jeg har stilt informantene. Spesifikt har jeg strebet etter å stille åpne spørsmål om erfaringer av samarbeid med frivillige idrettslag, i kombinasjon med oppfølgingsspørsmål som har hatt til hensikt å pirke borti hva som har fungert godt, hvorfor det har fungert godt, hva som ikke har fungert og hvorfor det ikke har fungert.

Min faglige bakgrunn og teoretiske briller vil jeg aldri lykkes i å løsrive meg fra (Moi, 2004). Derfor er det viktig å presisere at formålet med de empiriske og teoretiske poengene som fremmes i denne artikkelen ikke er ment å leses som «den eneste», «den riktige» eller «den sanne» tolkningen av materialet. Derimot må analysen leses som en av flere mulige faglige tolkninger av intervjumaterialet om samarbeid mellom offentlig sektor og frivillige idrettslag.

I det videre vil jeg i analysen fokusere på to aspekter ved idretts- og helseideologien som fremkommer når informantene snakker om frivillige idrettslag: 1) ideen om idrett som sosialt inkluderende og utjevne, og 2) ideen om idrett som entydig helsefremmende. Til slutt vil analysen løfte frem noen deler av materialet hvor informantene er kritiske til idretts- og helseideologien ved å problematisere samarbeid med frivillige idrettslag i det offentliges folkehelsearbeid.

Idrett som middel for utjevning av sosial ulikhet i helse?

På spørsmål om utfordringer for folkehelse lokalt er det særlig ett tema som trekkes frem av informantene: sosial ulikhet i helse. Det er tydelig av materialet at sosial ulikhet oppleves som en omfattende, kompleks og u håndterbar utfordring for folkehelsearbeidet. I intervjuene relaterer mange av informantene problemer med sosial ulikhet i helse til fysisk aktivitet og idrett. En av informantene, Christer, beskriver det slik: «Den største folkehelseutfordringen her i kommunen er sosiale forskjeller i helse... Ulikhet i idrettsdeltakelse og fysisk aktivitetsnivå er en stor del av denne problematikken». Særlig utjevning av sosiale forskjeller i barn og ungdoms idrettsdeltakelse trekkes frem som et viktig tema når informantene snakker om sosial ulikhet som folkehelseproblem. Familieøkonomi blir fremmet som en særskilt viktig faktor for barn og ungdoms muligheter til å delta i organisert idrett:

Når det gjelder organisert idrett er det barn og ungdom som er målgruppen vår. Vi ønsker å legge til rette for at alle barn og unge i kommunen har tilgang til å delta i idretten, dersom de selv ønsker det, uten at familieøkonomi skal bli en barriere for deres deltakelse (Siv).

Antallet lavinntektsfamilier i kommunen øker, og vi får flere henvendelser fra idrettslag som har medlemmer som ikke kan betale for seg. Det er dyrt å ha barn i idretten, særlig hvis familien lever på en inntekt og man har flere barn (Nina).

Folkehelsekoordinatorene er opptatt av å utjevne de sosiale ulikhetene i idrettsdeltakelse, og begrunner dette med at «idrett har et unikt potensial til å utjevne sosial ulikhet i barn og unges aktivitetsnivå» (Adrian). Informantene er i liten grad kritisk til organisert idrett som en del av lokalt folkehelsearbeid. En unyansert og positiv forståelse av frivillige idrettslag som bidragsyter til folkehelse lokal er gjennomgående i materialet. Denne tankegangen utgjør en sentral del av idretts- og helseideologien, hvor idrettsdeltakelse ikke bare tillegges helsefremmende effekter, med også bieffekter som det å være sosialt inkluderende i sosialt samfunnsliv generelt (Malcolm, 2018). På denne måten knyttes idretts- og helseideologien til den frivillige idrettens velferdslogikk, hvor idrett skal være åpen og inkluderende (NIF, 2015; 2019b; Hanstad, 2011).

For å imøtekomme utfordringene knyttet til sosial ulikhet i idrettsdeltakelse som folkehelseutfordring viser informantene til flere strategier og tiltak. En strategi som ofte fremheves er aktivitetstiltak rettet mot spesifikke befolkningsgrupper, som minoritetsjenter, enslige mindreårige flyktninger og barn i lavinntektsfamilier. Folkehelsekoordinatorene Helena og Knut beskriver slike tiltak fra sine kommuner:

Vi samarbeider med idrettsrådet om en «stipendordning» for idrettslagene i kommunen. Vi hadde en innsamlingsaksjon hvor vi samlet inn penger fra lokalt næringsliv til en pott som vi fordelte ut til idrettslagene. Sånn at idrettslagene skulle ha ressurser til å dekke utgiftene for de barna som har foreldre som ikke kan betale medlemskontingent og treningsavgifter (Helena).

Det beste tiltaket vårt er svømmegruppa for damer. Vi har alltid hatt folkebad for alle innbyggerne, men de siste årene har vi fått en del flyktninger til kommunen. De damene vil jo ikke trene sammen med gubbene, i alle fall ikke svømming... Så vi startet opp en svømmetime i uka som er bare for jentene, og den har blitt kjempopulær både hos flyktningfamiliene og [bygdenavn]-væringene (Knut).

Vektleggingen av sårbare grupper i disse samarbeidsprosjektene kan tolkes som et uttrykk for en neo-liberalistisk tankegang (jf. Berg, 2006) hvor ansvaret for egen helse overføres på individet og fristilles fra ulikhetsdimensjoner som påvirker helse. Således blir idrett og fysisk aktivitet noe som tilrettelegges for befolkningsgrupper som tilsynelatende er minst aktive, slik sitatene ovenfor eksemplifiserer. Løsningen på ulikhetsproblematikken i helse blir således å få de sårbare befolkningsgruppene (minoritetskvinner, lavinntektsfamilier) mer aktive i organisert idrett. Det problematiske med denne typen samarbeidsstrategier er, slik tidligere forskning viser (Safai, 2008; Enjolras & Wollebæk, 2010), at idrettsdeltakelse fremheves som noe enhetlig helsefremmende uavhengig av konteksten og den indre logikken som dominerer (prestasjon versus velferd) i de gitte idrettslagene. Selv om informantene beskriver idrett som et viktig virkemiddel for å utjevne sosial ulikhet i helse er det stor variasjon i hvor vellykket folkehelsekoordinatorene opplever at samarbeidsprosjektene med idrettslagene er:

Hadde man visst hvordan vi kunne løse problemene med sosial ulikhet, så hadde vi jo gjort det. Men det er så komplekst. Enkelte grupper er veldig vanskelig å nå. I samarbeid med idrettslaget har vi har prøvd å få til aktivitetstiltak til spesifikke grupper, som for eksempel innvandrerkvinner, men det er vanskelig å få dem til å bli med. Jeg vet ikke hvordan vi kan tilrettelegge for dem (Trude).

Felles for strategiene informantene beskriver er at de som oftest er rettet mot utsatte grupper, noe tiltakene Helena og Knut beskriver eksemplifiserer. Håvard, en av de andre informantene, begrunner fokuset på konkrete grupper slik:

Vi trenger en bærekraftig samfunnsutvikling, som ikke gjør at de friske og rike blir friskere og rikere. Det er ikke nok å skape nye generelle aktivitetstiltak, det blir bare en gavepakke til de som allerede er aktive. Aktivitetstiltak bør alltid vurderes ut ifra hvem det treffer, og da skal sosial ulikhet i helse være sentralt. Hvis man skal tenke slik så må man tenke at et aktivitetstiltak kan være nødvendig for en liten, inaktiv befolkningsgruppe, men også nyttig for veldig mange andre (Håvard).

Blant folkehelsekoordinatorene blir sosial ulikhet i barn og ungdoms fysiske aktivitetsnivå sett på som en krevende utfordring, og særlig i denne konteksten beskriver informantene samarbeid med frivillige idrettslag som en viktig del av offentlig folkehelsearbeid: «Hvis det offentlige skal

klare å redusere sosiale forskjeller i helse er vi avhengige av samarbeid på tvers av sektorer. Til dette er idretten en kjemperessurs» (Esten). Stemmene i materialet viser hvordan folkehelsekoordinatorene opplever de frivillige idrettslagene som en viktig brikke i godt folkehelsearbeid lokalt, særlig når det gjelder å jevne ut sosiale forskjeller i barn og ungdoms fysiske aktivitet. Dette indikerer at velferdslogikken er dominerende for hvordan informantene forstår organisert idrett og idrettens rolle i lokalsamfunnet. Forståelsen av at de frivillige idrettslagenes bidrar til å redusere sosial ulikhet i helse gjennom sine aktivitetstilbud til barn og unge reflekterer et ukritisk syn på eksklusjonsmekanismene som ofte er tilstede i idrettsorganisasjonene. Slike ekskluderingsmekanismer innebærer talentselektering i ungdomsidrett, press om kjøp av nytt og dyrt idrettsutstyr, samt alvorlige krenkelsers som mobbing, trakassering og seksuelle overgrep (Anderson & White, 2017). En blindhet for denne typen negative ekskluderingsmekanismer ved deltakelse i organisert idrett er nært tilknyttet idretts- og helseideologien (Malcolm, 2018) som norsk og europeisk idrettspolitik er tuftet på.

Idrett som noe ensartet og helsefremmende

Idrettslagenes aktivitetstilbud til barn og ungdom blir beskrevet som en viktig del av det offentliges innsats for tilrettelegging for en sunn og fysisk aktiv livsstil. Informantene tillegger også deltakelse i idrett bieffekter som går utover fysisk helse. Folkehelsekoordinator Carina beskriver dette slik: «De frivillige idrettslagene er en kjempeviktig del av folkehelsearbeidet. De gir ungdommene våre et variert aktivitetstilbud, og det er egenverdi i det å engasjere seg frivillig i en sak – å lære seg å gi tilbake til fellesskapet og lokalsamfunnet». De kommunalt ansatte folkehelsekoordinatorenes oppfatning av frivillige idrettslag som folkehelseaktører kan ses i sammenheng med det Skille (2010) beskriver som myter om deltakelse i organisert idrett. Skille understreker at så lenge politikere og offentlige ansatte innehar en forestilling om at idrettsdeltakelse er utelukkende positivt og helsefremmende, som er utgangspunktet for idretts- og helseideologien, vil deltakelse i idrett knyttes til folkehelsepolitiske formål (2010). Slike forestillinger indikerer at offentlige ansatte assosierer frivillige idrettslag med velferdslogikken, heller enn prestasjonslogikken (Loland, 2012), og at idrett knyttes til helse og medisin heller enn fritid og hobby hvor gleden av det å delta i aktiviteten har egenverdi. Forstå-

elsen av idrett som et middel for å oppnå god folkehelse er tydelig hos informantene som beskriver det å støtte idrettsaktivitet og samarbeide med frivillige idrettslag som et *kostnadseffektivt folkehelseiltak*:

Det å støtte frivillige foreninger er veldig billig. Vi får mange ganger igjen. De gjør jo masse jobb for folkehelse, spesielt idrettslagene som tilrettelegger og skaper aktivitet for barn og unge (Markus).

I likhet med Markus snakker flere av informantene om *idrett* uten å nyanseere dette mellom ulike idrettsgrener, nivå og aktivitetstilbud. Idrett forstås således som noe homogent, generelt, og som noe utelukkende helsefremmende og positivt for folkehelsen. Den generelle omtalen av idrett, uten å skille mellom ulike idrettsaktiviteter eller grad av involvering i treningsaktivitet, viser hvordan idretts- og helseideologien er underliggende i de offentlige ansattes forståelse av de frivillige idrettslagenes bidrag til folkehelsen (Malcolm, 2018). Videre gjenspeiles dette perspektivet i hvordan informantene beskriver samarbeid med frivillige idrettslag som en *viktig del* av det offentliges innsats mot å redusere sosiale forskjeller i fysisk aktivitet:

Vi har mange gode samarbeid med idrettslagene. Når du inviterer flere inn så blir det du jobber med mer forpliktende enn om vi i kommunen skulle arbeidet alene. Det er veldig viktig og min erfaring er at det er nødvendig for å klare å tenke nytt om aktivitets- og idrettstilbudene til befolkningen vår. Det er gjennom slike samarbeid at de gode helsefremmede ideene blir til (Hedda).

De offentlige ansattes opplevelse av samarbeid med frivillige idrettslag som positivt, er ikke overraskende med utgangspunkt i den dominerende persepsjonen av idrett som noe som er entydig, helsefremmende og godt for hele befolkningen. Dette sier antageligvis mer om idrettens posisjon i lokalsamfunnene enn det gjør om idrettslagenes bidrag som «policy implementers» (jf. Skille, 2008; 2010) av nasjonale folkehelsepolitiske mål. Det er sannsynlig å anta at andre frivillige organisasjoner, til eksempel organisasjoner som friluftslivsråd, Røde Kors eller Kirkens Bymisjon er minst like viktige for folkehelsen i disse kommunene som idrettslagene er.

Underveis i intervjuene kommer det frem at samarbeidene mellom idrettslagene og offentlig sektor i mange tilfeller er svært begrenset. Ofte går samarbeidet ut på at kommunen gir økonomisk støtte til idrettslagene:

Samarbeidene med idretten handler ofte om å gi dem midler til utvikling av nye aktivitetstilbud. Vi gir mye støtte til prosjekter som har mål om å inkludere flere i idretten, slik at flere kan være aktive. Gjennom våre partnerskapsavtaler med idrettslagene kan vi sette premisser om at noe av midlene skal brukes til spesifikke ting som vi vet bidrar til å gjøre aktivitetene deres mer inkluderende. For eksempel at noen av midlene vi gir dem skal brukes til å dekke medlemskap for barn og ungdom fra lavinntektsfamilier. Når vi gir støtte til et idrettslag er det alltid et krav om at de må rapportere inn hvordan de har brukt pengene. De blir ansvarliggjort for at midlene brukes slik de skal brukes, og ikke bare til vanlig drift (Line).

Gjennom å finansiere aktivitet får kommunen påvirkningskraft på hvordan aktivitetstilbudet skal utformes. Dette innebærer at kommunen forsøker å stimulere idrettslaget i retning av en velferdslogikk heller enn en prestasjonslogikk (Hanstad, 2011). Dette fokuset på styring og dokumentasjon av hvordan idrettslagene bruker de tildelte midlene fra kommunen kan også knyttes til det Ekeland (2015) fremhever som en økende styrings- og tilsynslogikk i offentlig sektor. Informantene, her representert av Lines utsagn, viser hvordan de offentlige ansatte verdsetter dokumentasjon, det Ekeland (2015) beskriver som *accountability* og *transparens*, på hvordan den økonomiske støtten forvaltes «på riktig måte» i de frivillige idrettslagene. I mange tilfeller beskriver informantene en rekke ulike rapporteringssystemer som idrettslagene må forholde seg til dersom de blir tildelt støtte:

Alle som mottar midler hos oss har søkt om støtte. Søknaden må inneholde et budsjett for planlagt aktivitet, arrangementer og tiltak, og idrettslagene må rapportere til oss innen et år etter de har mottatt midler. Hvis de ikke gjør dette kan de ikke motta støtte fra oss igjen (Trude).

Sitatene fra folkehelsekoordinatorene viser et økende fokus på resultater og måling av helseeffekter av samarbeid med den frivillige idretten, noe som knyttes til styringslogikk og NPM (Berg, 2006). Dette kommer også frem gjennom et uttrykk for usikkerhet om hvilke effekter samarbeid med frivillige idrettslag gir:

Aktivitetstiltakene er kanskje ikke alltid like godt fundamentert. Vi vet jo ikke alltid om vi treffer de gruppene vi vil med tiltakene. Er dette virkelig et tiltak som vil utjevne sosial ulikhet? Eller er det bare å gi noen som har et godt tilbud fra før et bedre tilbud? Slik systemet er i kommunen så blir det opp til hvert enkelt idrettslag hva som skjer av

tiltak etter de har mottatt støtte. Vi har ingen gode verktøy for å måle effekten av de aktivitetstiltakene til idrettslagene som vi støtter. Rapportene idrettslagene leverer til oss sier litt om hvilke resultater de har oppnådd med midlene her og nå, men det er vanskelig å få oversikt over den langsiktige helseutviklingen i idrettslagenes tilbud (Helena).

Bekymringen for hvordan man kan måle «helseeffekten» av midlene kommunen støtter idrettslagene med, slik Helena forteller om, viser hvordan styringslogikken (Ekeland, 2015) er fremtredende i offentlig sektors møte med de frivillige idrettslagene, og hvordan sammenhengen mellom idrett og helse kommer til uttrykk hos informantene (Malcolm, 2018).

Når idretts- og helseideologien slår sprekker og logikkene knirker

Samtalene med folkehelsekoordinatorerne viser hvordan idretts- og helseideologien ligger til grunn for argumentasjonen for å samarbeide med frivillige idrettslag, og at dette er fundamentert på troen om en lineær sammenheng mellom idrett og god helse. Et fåtall av informantene er kritiske til at den offentlige folkehelsesektoren skal inngå i samarbeidsprosjekter med frivillige idrettslag. Dette fremkommer i fortellinger av erfaringer fra mislykkede samarbeidsprosjekter lokalt, noe som her kan tolkes som et tegn på at styrings- og tilsynslogikken i offentlig sektor knirker i møtet med den organiserte idrettens prestasjonslogikk (Skille, 2008; 2010), eller at idretts- og helseideologien slår sprekker i møtet med hvordan frivillig idrett organiseres og praktiseres på feltet. Når folkehelsekoordinatorerne oppfatter samarbeidet med idrettslag som utfordrende kan dette bunne i at den organiserte idrettens prestasjonslogikk er uforenelig med velferdspolitiske mål knyttet til idrett som noe entydig helsefremmende (Loland, 2012; Skirstad, 2012). Det vil si at de frivillige idrettslagene har sportslige interesser som ikke er forenelige med idretts- og helseideologien og de velferdspolitiske formålene som ligger til grunn for offentlig sektors støtte av lokale idrettslags aktiviteter. Folkehelsekoordinatorerne Elisabeth og Carina beskriver hvordan den organiserte idrettens prestasjonslogikk er i konflikt med deres forventninger om en velferdslogikk i de frivillige idrettslagene:

For å være ærlig så har det vært utfordrende å få til gode samarbeid med idretten her i kommunen. Vår erfaring er at idrettslagene er mest opptatt av talentutvikling. De har ikke så mange lavterskeltilbud og ser heller ikke ut til å ha så stor interesse av å skape det. Når jeg snakker med de frivillige i idretten føler jeg noen ganger at de bare er interessert i å få vite om de kan få mer penger fra kommunen. Det gjør det vanskelig å skulle skape noe nytt sammen som kan bidra til økt inkludering (Elisabeth)

Å snakke om sosial inkludering og helse med dem blir litt som å snakke til en vegg. Vi gir ikke støtte til toppidrettsprosjekter. For at vi skal støtte arrangement og tiltak hos idrettslagene, må det være et formål om å utjevne sosiale ulikhet i barn og ungdoms idrettsdeltakelse, for eksempel gjennom at de etablerer et ekstra tilbud til mindreårige enslige flyktninger i kommunen (Carina).

Elisabeth og Carina har dårlige erfaringer med samarbeid med frivillige idrettslag, og begrunner dette med at målene til kommunen er ulik idrettslagenes intensjoner med samarbeidet. Deres erfaringer viser hvordan idrettens prestasjonslogikk (Hanstad, 2011) ikke er forenelig med kommunenes velferdspolitiske mål for idrettsaktivitet lokalt. De motstridende handlingslogikkene kommer i skvis med hverandre i møtet mellom offentlig folkehelsearbeid og frivillige idrettslag. Disse perspektivene står i kontrast til majoriteten av stemmene i materialet og viser det problematiske med enhetstesen om idrett som noe helsefremmende og positivt (Malcolm, 2018). Carina og Elisabeths erfaringer viser hullene i idretts- og helseideologien i møtet med interessen til de frivillige i idrettslagene. Dette peker på at enhetstesten om idrett i det minste må deles i to: en velferdsorientert breddeidrett og en prestasjonsorientert toppidrett, hvor folkehelseaktørene i offentlig sektor kun bør inngå i samarbeid med idrettslag som representerer førstnevnte.

En annen problematisk side ved velferdsformålene som ligger til grunn for de offentlige aktørenes samarbeid med idrettslagene er at aktivitetstilbudene som idretten driver er fundamentert på en kultur og et format som appellerer til de som allerede tiltrekkes den organiserte idretten. Dette kommer til uttrykk som en bekymring hos flere av informantene:

Mange tiltak blir en gavepakke til de som allerede er aktive, særlig når vi samarbeider med idretten. Så utfordringen er å få tak i de som ikke er aktive fra før og vite hvordan vi kan lage aktivitetstilbudene de ønsker (Steinar).

Slike bekymringer kan også sees i sammenheng med utviklingstrekk i den organiserte idretten. Strandbu et al. (2017) fremhever økende profesjonalisering som en av utviklingstrekkene som bidrar til å gjøre idretten mer sosialt ekskluderende. Økt fokus på profesjonelt ansatte trenere og ledere i idretten medfører høyere kostnader for å delta da disse rollene, som tradisjonelt har vært frivillige verv, i større grad skal lønnes. Slike utviklingstrekk gjør det enda mer utfordrende for offentlig sektor å skulle inngå i samarbeid med frivillige idrettslag lokalt, fordi det blir stadig vanligere å lønne trenere og instruktører på lik linje med kommersielle treningscenter. Fra kommunenes perspektiv innebærer dette at de frivillige idrettslagene, som tidligere har vært billige tilskudd til lokale aktivitetstilbud, blir dyrere i drift og mindre attraktive som samarbeidspartnere. Utviklingen er et uttrykk for at prestasjons- og konkurranselogikken blir dominerende i den organiserte idretten (Hanstad, 2011), og at velferdslogikken og fokuset på breddeidrett må vike til fordel for denne. Andre utviklingstrekk i norsk idrett blir også fremhevet av folkehelsekoordinatorerne som utfordringer for kommunenes samarbeid med frivillige idrettslag:

Vi prøver å samarbeide med idretten, men det går litt i bølgedaler hvor mye vi samarbeider med idrettsforeningene. Det er mye utskifting av ledere i de frivillige organisasjonene, så noen ganger kan det være litt vanskelig å vite hvem man skal snakke med og hvem som vil gjennomføre prosjekter med oss. Andre ganger har det skjedd at personer som er sentrale i samarbeidsprosjektene vi starter opp uventet har sluttet å engasjere seg i idrettslaget. Det fikk store konsekvenser et samarbeidsprosjekt, fordi – dessverre – så blir samarbeidene med idretten veldig personavhengige (Augusta).

I blant så fungerer det greit, men ofte så sliter de med å få folk til å stille opp. Det er færre som deltar i idretten. Færre ildsjeler og færre foreldre som stiller opp. Det gjør det uforutsigbart for oss å inngå i samarbeid med dem (Siv).

Augusta og Sivs utsagn viser hvordan mangel på frivillige i idretten og uforutsigbarhet knyttet til ledere og andre sentrale individer i idrettslagene, gjør det vanskelig får kommunene å inngå i samarbeid. Offentlig sektor og frivillige idrettslag har ulike rammevilkår og det kan tenkes at folkehelsekoordinatorer som Siv og Augusta har urealistisk høye forventninger til hva frivillige i idrettslag kan gjøre for å redusere sosiale skillelinjer i helse. Slike forventninger til frivillige i idrettslagene illus-

trerer hvordan idretts- og helseideologien kommer til uttrykk hos informantene (Malcolm, 2018).

Selv om Skille (2008; 2009) påpeker at forestillinger om idrettens velferdsbidrag i stor grad baserer seg på nasjonale myter om idrett, tyder materialet her på at folkehelsekoordinatorerne opplever to konkrete fordeler med å samarbeide med frivillige idrettslag: (1) samarbeidene er kostnadsbesparende for kommunene, og (2) gjennom samarbeidsprosjektene kan kommunene skape et større aktivitetstilbud til barn og ungdoms enn hva de klarer på egen hånd. Dette kom blant annet til uttrykk i intervjuene med folkehelsekoordinator Maria:

Hvis kommunen skulle leid alle de frivillige, så hadde det blitt ei heftig regning. Kommunen har jo ikke mulighet til å gjøre disse tingene selv. Kommunen har begrensede midler til å bruke på folkehelsearbeid – og lite til fritidstilbud for barn og unge. Om kommunen ikke hadde hatt de frivillige idrettslagene vil aktivitetstilbudet til ungene vært mye mindre enn hva det er i dag, fordi vi har ikke økonomi til å lønne alt arbeidet de frivillige legger ned i idretten (Maria).

Kanskje mulighetene som Maria peker på er dekkende for hva offentlig sektor kan forvente av frivillige idrettslag. Mange engasjerer seg frivillig i idrett og bidrar til å drifte aktivitetstilbud for barn og ungdom i by og bygd. Slik Maria påpeker, har ikke kommunene mulighet til å drifte de samme aktivitetene gjennom å lønne trenere og daglig ledere i idrettslag som offentlig ansatte. Man kan argumentere for at bidraget frivillige idrettslag allerede utgjør for folkehelsen på denne måten, er nok. Dersom offentlig sektor i større grad vil skape løsninger på utfordringer knyttet til sosial ulikhet i helse gjennom samarbeid med frivillige idrettslag må nye og innovative samarbeidsformer utforskes og testes. Dette vil likevel innebære risiko for offentlig sektor, og det er ikke gitt at frivillige idrettslag vil være interesserte i slike samarbeidsrelasjoner med offentlig folkehelsesektor på lokalt nivå.

Avslutning

Tidligere forskning på samarbeid mellom offentlig sektor og frivillige idrettslag har fortrinnsvis studert dette fra den organiserte idrettens perspektiv og vist hvordan velferdslogikken og prestasjonslogikken vanskelig lar seg forene (Skille, 2008; 2009; 2010). Et av formålene med denne

studien har vært å bidra til forskningsfeltet ved å fokusere på offentlig sektors perspektiver på samarbeid med frivillige idrettslag. Analysen viser hvordan samarbeid med frivillige idrettslag erfarer som positivt og som en ressurs i offentlig folkehelsearbeid innen fysisk aktivitet, særlig for barn og ungdom som målgrupper. Konkret opplever informantene at gjennom å samarbeide med lokale idrettslag, kan kommunene skape et større aktivitetstilbud til sine innbyggere enn hva de har ressurser til å klare å skape på egen hånd. Materialet viser hvordan informantene snakker om idrett som noe homogent og helsefremmende, som en arena med stort potensial for å bidra til å redusere sosial ulikhet i barn og ungdoms helse. Disse fortellingene viser hvordan sammenhengen mellom idrett og helse tas for gitt, og hvordan idretts- og helseideologien former forståelsen av frivillige idrettslag som potensielle folkehelseaktører.

Den relativt ukritiske forståelsen av samarbeid med idrettslag som fremkommer hos informantene er problematisk av flere grunner. En slik oppfatning indikerer at ansatte i offentlig folkehelsesektor har urealistiske forventninger til hva frivillige idrettslag kan bidra med i arbeid rettet mot velferdspolitiske mål om utjevning av sosiale forskjeller i helse. Videre tar ikke en slik forståelse hensyn til prestasjonslogikken som er rådende i mange idrettslag, og dermed anerkjenner den heller ikke problemene som kan oppstå i slike samarbeidsrelasjoner. Materialet viser også at folkehelsekoordinatorerne uttrykker usikkerhet og bekymring for hvorvidt tiltakene til idrettslagene faktisk bidrar til utjevning av sosiale forskjeller i helse lokalt. Folkehelsekoordinatorerne etterlyser derfor metoder for å måle og rapportere resultater fra nye tiltak. En gjentakende bekymring blant folkehelsekoordinatorerne i utvalget er at offentlig sektor har begrensede ressurser og muligheter til å måle effekten av samarbeidene de inngår i med frivillige idrettslag. Det økende fokuset på effektivitet, dokumentasjon, kvalitetssikring og resultatmåling i offentlig sektor indikerer at offentlige ansatte i folkehelsesektoren preges av styrings- og tilsynslogikkene i møtet med de frivillige idrettslagene.

Bidrag til kunnskapsfeltet og veier for videre forskning

Funnene i denne artikkelen bidrar til økt kunnskap om frivillige idrettslags rolle i offentlig folkehelsearbeid. Dette er en tematikk som er mye omtalt, men lite empirisk undersøkt i en norsk kontekst (Enjolras & Wollbæk, 2010). Tidligere forskning på dette feltet har primært belyst de frivillige idrettslagenes ståsted (Skille, 2008; 2009; 2010). Denne under-

søkelsen har vært et forsøk på å belyse denne tematikken fra de offentlige aktørenes ståsted. Med dette som utgangspunkt bør videre forskning på samarbeid mellom offentlig sektor og frivillige idrettslag etterstrebe å belyse både de offentlige aktørenes perspektiver og den frivillige idrettens ståsted. Det er behov for forskningsdesign som griper begge perspektivene i en og samme kontekst slik at vi får innsikt i hvordan idretts- og helseideologien og idrettens prestasjonslogikk påvirker samarbeidet mellom offentlige institusjoner og organisert idrett i Norge og Skandinavia.

Det er også behov for internasjonal og komparativ forskning på dette feltet. Malcolms arbeid (2018) viser tydelig hvordan idrett, medisin og helse henger sammen i europeisk velferdspolitik på makronivå. Likevel har vi begrenset kunnskap om hvordan mytene om idrett som enhetlig positivt og helsefremmende kommer til uttrykk i offentlig folkehelsearbeid i ulike nasjonale og regionale kontekster. Erfaringene fra informantene Elisabeth og Carina i denne studien viser også behovet for å fortsette å undersøke idretts- og helseideologien fra et kritisk ståsted.

Referanser

- Anderson, E. & White, A. (2017). *Sport, Theory and Social Problems*. London: Routledge.
- Archetti, E. (2003). «Den norske idrettsmodellen. Et kritisk blikk på sivilts samfunn i Norge», *Norsk antropologisk tidsskrift*, 14(1), 815.
- Bakke, I. M., Solheim, L.J. & Hovden, J. (2016). «'Skulle ønske jeg kunne være med på turn, jeg!' Om fattige foreldres utfordringer med å legge til rette for barnas fysiske aktivitet» i Ø. Seippel, M.K. Sisjord & Å. Strandbu (red.) *Ungdom og idrett*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk: 193-209.
- Beames, S., Mackie, C. & Atencio, M. (2019). *Adventure and Society*. New York: Palgrave MacMillan.
- Berg, O. (2006). *Fra politikk til økonomi: den norske helsepolitikens utvikling det siste sekel*. Oslo: Den norske lægeforening.
- Bergsgard, N.A. (2016). «Ungdomsidretten som løsning på samfunnsmessige utfordringer? » i Ø. Seippel, M.K. Sisjord & Å. Strandbu (red.) *Ungdom og idrett*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk: 70-91.
- Brevik, G. (2013). *Jakten på et bedre liv – Fysisk aktivitet i den norske befolkningen 1985-2011*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Daspher, K. (2013). Getting better: an autoethnographic tale of recovery from sporting injury, *Sociology of Sport Journal*, 30(3): 323-339.
- Ekeland, T.J. (2015). «Innovasjon og styring – logikker som knirker?» i E. Willumsen & A. Ødegård (red.). *Sosial innovasjon – fra politikk til tjenesteutvikling*. Bergen: Fagbokforlaget: 101-117.

- Enjolras, B. & Wollebæk, D. (2010). *Frivillige organisasjoner, sosial utjevning og inkludering*. Oslo: Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor.
- Eriksen, E. O. (2001). *Demokratiets sorte hull: om spenningen mellom fag og politikk i velferdsstaten*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Helsedirektoratet (2012). *Fysisk aktivitet blant 6-, 9- og 15-åringene i Norge. Resultater fra en kartlegging i 2011*. Oslo: Rapport IS-2002.
- Helsedirektoratet (2014). *Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet*. Oslo: Rapport IS-2170.
- Helsedirektoratet (2015). *Fysisk aktivitet og sedat tid blant voksne og eldre i Norge. Nasjonal kartlegging 2014-2015*. Oslo: Rapport IS-2367.
- Hillman, C., Erickson, K. & Kramer, A. (2008). «Be smart, exercise your heart: exercise effects on brain and cognition», *Nature Reviews Neuroscience*, 9, 58-65.
- Holmen, A.K.T. & Ringholm, T. (2019). *Innovasjon møter kommune*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Hovden, J., Bakke, I.M. & Solheim, L.J. (2015). «Den norske idrettsmodellen i utakt. Fattige familier og fysisk aktivitet» i B. Bungum, U. Forseth & E. Kvande (red.). *Den norske modellen. Internasjonalisering som utfordring og vitalisering*. Bergen: Fagbokforlaget, pp. 225-242.
- Hutchinson, G., Sandvin, J., Bjørge, F. & Johansen, P.O. (2013). «Samarbeid mellom offentlige tjenester og aktivitetsbaserte, frivillige organisasjoner; en ressurs i sosialfaglig arbeid?», *Tidsskrift for ungdomsforskning*, 13(1), 31-48.
- Loland, S. (2012). «Fortjener toppidretten statlig støtte?» i Dag Vidar Hanstad (red.). *Norsk Idrett. Indre spenning og ytre press*. Oslo: Akilles, 111-123.
- Malcolm, D. (2018). *Sport, Medicine and Health – The Medicalization of Sport?* London: Routledge.
- Meld.St. 19 (2014-2015). *Folkehelsemeldingen – mestring og muligheter*. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet.
- Meld. St. nr. 34 (2012-2013). *Folkehelsemeldingen – God helse – felles ansvar*. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 26 (2011-2012). *Den norske idrettsmodellen*. Oslo: Kulturdepartementet.
- Moi, T. (2004). *Hva er en kvinne? kjønn og kropp i feministisk teori*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- NIF (2015). *Idrettspolitisk dokument 2015-2019*. Hentet 13.06.2016 fra https://www.idrettsforbundet.no/globalassets/idrett/idrettsforbundet/om-nif/idrettspolitisk-dokument-2015-2019/57_15_nif_idrettspolitisk-dokument-2015-2019_lr_0909.pdf
- NIF (2017a). Årsrapport 2016. Hentet 11.09.2017 fra: https://www.idrettsforbundet.no/globalassets/idrett/25_17_nif-arsrapport-2016_lr.pdf
- NIF (2017b). *Nøkkeltall – Rapport 2016*. Hentet 06.01.2018 fra: https://www.idrettsforbundet.no/contentassets/e83a9d7ab0c44d01a0ffa8130dab6201/nokkeltallsrapport-2016_s.pdf
- NIF (2019a). *Idretten skal! 2019-2023 Strategiske satsningsområder*. Hentet 02.05.2020 fra: <https://www.idrettsforbundet.no/contentassets/>

- edid788edca540e682b5a296836b22f8/130_19_nif_strategiske-satsingsomrader-2019-2023.pdf
- NIF (2019b). *Idretten vil! Langtidsplan for norsk idrett 2019-2023*. Hentet 02.05.2020 fra: https://www.idrettsforbundet.no/contentassets/8149372c5d4d439cb1b34fc1625032f0/idretten-vil_langtidsplan-for-norsk-idrett-2019-2023_lr.pdf
- Penedo, F. & Dahn, J. (2005). «Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity», *Current Opinion in Psychiatry*, 18 (2): 189-193.
- Rafoss, K. & Tangen, J.O. (2017). «Den norske idrettsmodellen – i utakt med tiden?» *Norsk sosiologisk tidsskrift*, 2-2017: 152-170..
- Rafoss, K. & Troelsen, J. (2010). «Sport for all? The financing, distribution and use of sports facilities in Scandinavian countries». *Sport in Society*, 13 (4): 643-656.
- Safai, P. (2007). A critical analysis of the development of sport medicine in Canada, 1955-1980, *International Review for the Sociology of Sport*, 42(3): 321-341.
- Safai, P. (2008). Sport and Health in B. Houlihan (ed.) *Sport and Society: A student introduction* (2nd edition). London: Sage, 155-172
- Skille, E. Å. (2008). «Understanding sport clubs as sport policy implementers – A theoretical framework for the analysis of the implementation of central sport policy through local and voluntary sport organizations», *International Review for the Sociology of Sport*, 43(2): 181-200.
- Skille, E. Å. (2009). «State sport policy and voluntary sport clubs: the case of the Norwegian Sports City Program as social policy», *European Sport Management Quarterly*, 9(1): 63-79.
- Skille, E. Å. (2010). «Competitiveness and health: the work of sport clubs as seen by sport clubs representatives – a Norwegian case study», *International Review for the Sociology of Sport*, 45(1): 73-85.
- Skille, E. Å. & Waddington, I. (2006). «Alternative sport programmes and social inclusion in Norway», *European Physical Education Review*. 12(3): 251-271.
- Skirstad, B. (2012). «Barneidrett som politikk og praksis». I D.V. Hanstad (red.). *Norsk Idrett. Indre spenning og ytre press*. Oslo: Akilles, 33-53.
- Stefansen, K., Smette, I. & Strandbu, Å. (2016). «Understanding the increase in parents involvement in organized youth sports», *Sport Education and Society*, 1-11.
- Strandbu, Å., Gulløy, E. Lie Andersen, P., Seippel, Ø. & Bergesen Dalen, H. (2017). «Ungdom, idrett og klasse: Fortid, samtidig og framtid». *Norsk sosiologisk tidsskrift*, 2/2017: 132-151.
- Sælensminde, K. (2007). *Helseeffekter i samfunnsøkonomiske analyser*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sælensminde, K. (2008). *Positive helseeffekter av fysisk aktivitet: En konkretisering av veien mot mer fullstendige samfunnsøkonomiske analyser*. Oslo: Helsedirektoratet.

- Tjønndal, A. (2018). *Vilje til inklusjon – Studier av innovasjon for sosial inkludering i idrett* (Doktorgradsavhandling). Bodø: Nord universitet.
- Waddington, I. & Murphey, P. (1992). Drugs, sport and ideologies, I E. Dunning og C. Rojek (eds.) *Sport and Leisure in the Civilizing Process*. London: Macmillian, 36-64,
- Widerberg, K. (2007). *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt*. Oslo: Universitetsforlaget.
- WHO (2003). *Health and Development through Physical Activity and Sport*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2011). *Promoting Sport and Enhancing Health in European Union Countries: A Policy Content Analysis to Support Action*. Copenhagen: World Health Organization.
- WHO (2012). *Global Recommendations on Physical Activity and Health*. Geneva: World Health Organization.
- Wollebæk, D. & Sivesind, K.H. (2010). *Fra folkebevegelse til filantropi? Frivillig innsats i Norge 1997-2009*. Oslo: Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor.